

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

### PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



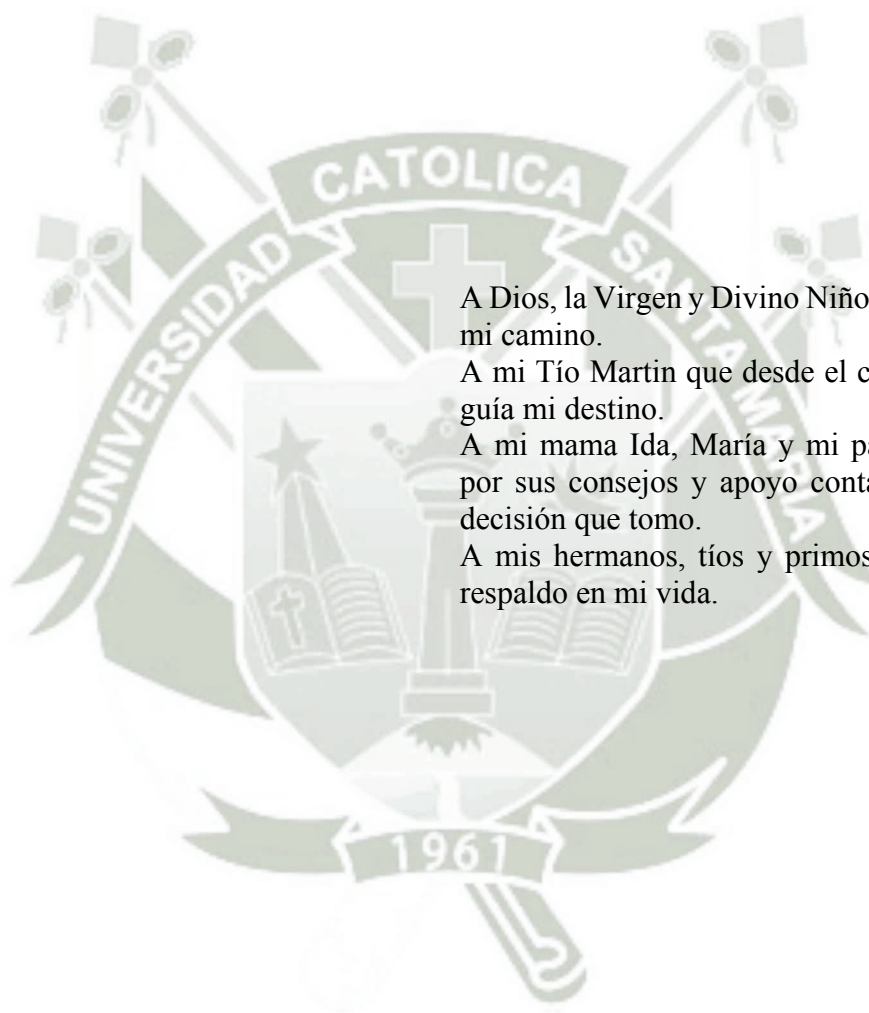
## “Valoración terapéutica de la Púrpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2000 – 2012”

TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER  
EN MEDICINA HUMANA:

Julio Moscoso Alarcón

Para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

AREQUIPA – PERÚ  
2013



A Dios, la Virgen y Divino Niño por iluminar  
mi camino.

A mi Tío Martin que desde el cielo cuida y  
guía mi destino.

A mi mama Ida, María y mi papa Emigdio  
por sus consejos y apoyo contante en cada  
decisión que tomo.

A mis hermanos, tíos y primos que son un  
respaldo en mi vida.

## INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I:	9
MATERIALES Y MÉTODOS	9
1.- TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	10
1.1 TÉCNICA	10
2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN	10
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL	10
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL	10
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO	10
3.-ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	11
3.1 ORGANIZACIÓN	11
3.2 RECURSOS	11
3.3 VALIDACION DEL INSTRUMENTO	12
3.4 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS	12
CAPÍTULO II: RESULTADOS	13
CUADRO N° 1: Población de estudio según edad	14
GRÁFICO 1	15
CUADRO N° 2: Población de estudio según: sexo de los pacientes	16
GRAFICO 2	17
CUADRO N° 3: Población de estudio según: estacion del año	18
GRAFICO 3	19
CUADRO N° 4: Población de estudio según: factor predisponente	20
GRAFICO 4	21
CUADRO N° 5: Manifestaciones clinicas: lesiones dérmicas	22
GRAFICO 5	23
CUADRO N° 6: Manifestaciones clinicas: sintomas articulares	24
GRÁFICO 6	25
CUADRO N° 7: Manifestaciones clinicas: signos y sintomas digestivos	26
GRAFICO 7	27
CUADRO N° 8: Manifestaciones clinicas: signos y sintomas renales	28
GRAFICO 8	29

CUADRO N° 9: Tratamiento recibido	30
GRAFICO 9	31
CUADRO N° 10: Evaluación terapéutica: tiempo de hospitalización (días)	32
GRAFICO 10	33
CUADRO 10.1: Evaluación terapéutica: días de hospitalización (corticoterapia vs tto convencional)	34
CUADRO N° 11: Evaluación terapéutica: días en que desaparece dolor abdominal (corticoterapia vs tto convencional)	37
CUADRO N° 12: Evaluación terapéutica: días en que desaparece artralgias (corticoterapia vs tto convencional)	40
CÁPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	43
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	44
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	55
CONCLUSIONES:	56
SUGERENCIAS	57





## RESUMEN

**Introducción:** La Púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) es una vasculitis sistémica no trombocitopénica común en la infancia, caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones. El desarrollo de múltiples sistemas de predicción de su gravedad ha permitido identificar tempranamente sus complicaciones y esto ha reducido la mortalidad asociada. Sin embargo, su tratamiento poco se ha modificado en las últimas décadas, a pesar de la enorme investigación en el área para disminuir la respuesta inflamatoria asociada.

**Metodología:** El presente estudio, se realizó en el Servicio de Pediatría del Hospital III Goyeneche MINSA – Arequipa, con la revisión documental de todos los niños que fueron hospitalizados con el diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein entre los años 2000 al 2012. La metodología utilizada fue Investigación Científica, tipo retrospectiva, observacional, relacional y transversal.

**Resultados** Se estudiaron 26 pacientes con diagnóstico de PHS, la edad de presentación más frecuente fue el grupo etario de 6 a 10 años que corresponde al 50% de la población estudiada, El 58% de los casos reportados correspondieron al sexo femenino, 38% de los casos se presentaron en invierno, el factor predisponente más frecuente fue la exposición a un agente infeccioso en el 46% de los pacientes.

En relación a las manifestaciones clínicas, las lesiones dérmicas se encontraron en el 100% de los pacientes caracterizados por lesiones purpúricas palpables a nivel de los miembros inferiores, el dolor abdominal lo representó el 85% de pacientes y el 54% de pacientes presentó artralgias a nivel de tobillos.

En cuanto al tratamiento, 13 recibieron tratamiento con corticoides (50% de los casos), y la otra mitad recibió tratamiento convencional. Se logró demostrar que los corticoides son más efectivos que el tratamiento convencional en cuanto al tiempo de hospitalización (media: 4.92, p: 0.020, magnitud de impacto: 31% en el primer punto de corte y 23% en el segundo punto de corte). Así como desaparición del dolor abdominal (media: 1.85, p: 0.001, magnitud de impacto: 83% en el primer punto de corte y 37% en el segundo punto de corte).

**Palabras Claves:** Purpura de Henoch Schonlein, Corticoides, Tratamiento convencional.

## ABSTRACT

**Background:** Henoch-Schonlein's Purple is a systemic vasculitis thrombocytopenic not common in childhood, characterized by involvement of skin, joints, kidneys and gastrointestinal tract. The development of multiple prediction systems has identified its severity early complications, and this has reduced mortality. However, its treatment has changed little in recent decades, despite the enormous research in the area to reduce the inflammatory response associated.

**Methodology:** This study was conducted at the Department of Pediatrics at Goyeneche's Hospital - Arequipa, with the document review of all children who were hospitalized with the diagnosis of Henoch Schonlein from 2000 to 2012. The methodology used was scientific research, such retrospective, observational, cross-relational.

**Results:** The most common age of presentation was the age group of 6 to 10 years which corresponds to 50% of the study population, 58% of the reported cases were females, 38% of the cases occurred in winter, the most common predisposing factor was exposure to an infectious agent in 46% of patients.

With regard to clinical manifestations, skin lesions were found in 100% of patients characterized by palpable purple of the lower level, abdominal pain it represented 85% of patients and 54% of patients had arthralgias to ankle level.

As for treatment, 13 were treated with corticosteroids (50% of cases), and the other half received conventional treatment. It was possible to demonstrate that corticosteroids are more effective than conventional treatment in the time of hospitalization (mean: 4.92, p: 0.020, magnitude of impact: 31% in the first cutoff and 23% in the second cutoff) . And disappearance of abdominal pain (mean: 1.85, p: 0.001, magnitude of impact: 83% in the first cutoff and 37% in the second cutoff).

**Keywords:** Henoch Schonlein, corticosteroids, conventional treatment.

## INTRODUCCIÓN

La Purpura de Henoch Schonlein (PHS) es la vasculitis más común en la infancia, con una incidencia de 8 a 20 por 100000 niños cada año, la PHS es usualmente considerada como una enfermedad benigna, sin embargo, un subconjunto de niños requieren ser hospitalizados por las manifestaciones que presentan como cólico abdominal, hemorragia gastrointestinal, dolor articular, nefritis e intususcepción(3).(13).

Su patogenia se relaciona con la producción de complejos inmunes mediados por IgA que se depositan en las paredes de pequeños vasos sanguíneos con activación del complemento, reclutamiento de polimorfonucleares y depleción del factor XIII, lo que conduce a sangrado y depósito de fibrina(8). Se le suele asociar con la presencia de un agente infeccioso, el más común es el estreptococo beta hemolítico del grupo A. Otros desencadenantes son los alimentos, fármacos y vacunas(15).

La PHS es habitualmente una enfermedad benigna, autolimitada y la recuperación suele ocurrir entre las 2 y 6 semanas. Puede observarse recurrencia después de semanas o meses.

A pesar de ser la vasculitis más común en pediatría, no existen consensos que consideren el tratamiento de las manifestaciones de la PHS(13). A pesar del primer reporte del uso de corticosteroides hecho en 1950, luego de medio siglo continua la incertidumbre sobre el uso de corticosteroides para esta vasculitis común en pediatría(3).

La falta de consensos del tratamiento ha resultado en una variación significativa en la enfoque de niños hospitalizados con PHS. Los Resultados de un reciente estudio (Meta-análisis publicado en Pediatrics 2007) indicó la variación sustancial en el uso de corticosteroides para niños hospitalizados con esta enfermedad.

El presente estudio se realizó debido a que no hay estudios en nuestro medio que consideren el tratamiento de esta patología. Por lo que se propuso el siguiente problema: Determinar la valoración terapéutica de la Purpura de Henoch Schonlein en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el periodo 2000 - 2012

La recolección de información en este estudio se realizó en el Servicio de Pediatría y Estadística del Hospital III Goyeneche. Para la elaboración de datos se empleó una ficha de recolección de datos que se la aplicó a las Historias Clínicas de los niños hospitalizados con el diagnóstico de PHS entre los años 2000 – 2012.



La utilidad del estudio es determinar si el uso de corticoides en relación al tratamiento convencional ayuda a reducir las manifestaciones clínicas y el tiempo de estancia hospitalaria de esta enfermedad.

La metodología empleada fue un estudio retrospectivo, observacional, relacional y transversal.

La investigación tuvo lugar durante el mes de Enero del año 2013, no hubo ningún inconveniente durante el desarrollo de la investigación. Encontramos 18 casos de niños con el diagnóstico de egreso de Púrpura de Henoch Schonlein en el servicio de Estadística con el código CIE10 (D69.0) y 10 casos adicionales reportados en el libro de altas del Servicio de Pediatría del Hospital III Goyeneche. Haciendo un total de 28 casos.

Fueron excluidos 2 expedientes clínicos incompletos, uno de ellos correspondía a un caso de niño de 10 años diagnosticado clínicamente de Púrpura de Henoch Schonlein el cual fuga del servicio el segundo día de haber sido hospitalizado. El otro expediente que se excluyó correspondió al de un niño registrado en el servicio de estadística con el diagnóstico de Púrpura de Henoch Schonlein (D69.0) pero al revisar la Historia Clínica se trataba de una Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

Con los datos obtenidos en las Historias Clínicas se realizó el llenado de las fichas de recolección de datos, encontrando que algunas de ellas no tenían los exámenes completos.





**CAPÍTULO I:**  
**MATERIALES Y MÉTODOS**

## 1.- TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1 TÉCNICA

Para la recolección de datos se utilizó la documentación retrospectiva

## 2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación fue realizada en el Hospital III Goyeneche - Arequipa, perteneciente a la red asistencial del MINSA

### 2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El presente estudio es de tipo transversal. Abarca el periodo que comprende de Enero del 2000 hasta el mes de Diciembre del 2012

### 2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

Estuvo conformada por la población pediátrica hospitalizada con el diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital III Goyeneche

**Muestra:** Se tomó aquellos pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad

#### *Criterios de inclusión:*

1. Historias clínicas de Pacientes pediátricos con diagnóstico clínico laboratorial de Purpura de Henoch Schonlein.

#### *Criterios de exclusión:*

1. Historias de pacientes con vasculitis previas.
2. Historia clínicas incompletas
3. Paciente fugado.

### **3.-ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **3.1 ORGANIZACIÓN**

- Una vez aprobado el proyecto de tesis se realizaron las coordinaciones necesarias con el Director del Hospital III Goyeneche- Arequipa
- Se realizaron las coordinaciones respectivas con el Jefe de Archivo del Hospital con el fin de que autorice la búsqueda de las historias clínicas.
- Se procedió a la revisión de cuadernos de ingreso, libros y/o cuadernos de alta del departamento de pediatría, en donde se seleccionaron a los pacientes según criterios propuestos.
- Se revisó todas las historias clínicas de los pacientes que tuvieran el diagnostico de egreso de Purpura de Henoch Schonlein que cumplieran con el criterio de inclusión señalado.
- Con los resultados obtenidos se procedió a la elaboración de la matriz de datos y posteriormente al análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

#### **3.2 RECURSOS**

##### **HUMANOS**

El investigador alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María: Julio Moscoso Alarcón

Asesor: Dra. Nancy Fuentes Chicata

Medico Asistencial del Servicio de Pediatría del Hospital III Goyeneche

##### **INSTITUCIONES**

- Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María
- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María
- Hospital III Goyeneche- Arequipa



## **FINANCIEROS**

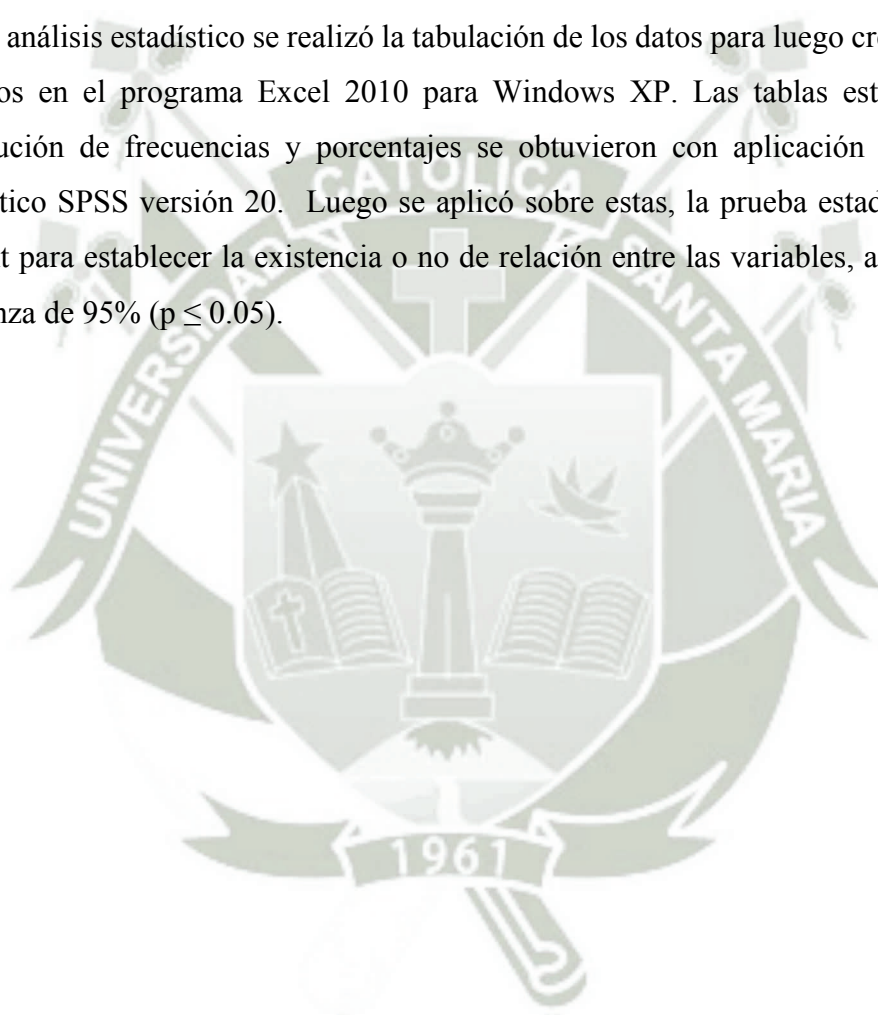
La investigación fue solventada con recursos propios del investigador

### **3.3 VALIDACION DEL INSTRUMENTO**

El presente estudio no requiere de instrumentos de validación por cuanto se trata de un estudio retrospectivo.

### **3.4 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS**

Para el análisis estadístico se realizó la tabulación de los datos para luego crear una base de datos en el programa Excel 2010 para Windows XP. Las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes se obtuvieron con aplicación del paquete estadístico SPSS versión 20. Luego se aplicó sobre estas, la prueba estadística de T-Student para establecer la existencia o no de relación entre las variables, a un nivel de confianza de 95% ( $p \leq 0.05$ ).





“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 1:**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -5 años	8	31%
6 - 10 años	13	50%
11 - 15 años	5	19%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Estadísticos		
Edad (años)		
N	Válidos	26
	Perdidos	0
Media		7,54
Mediana		8,00
Moda		8

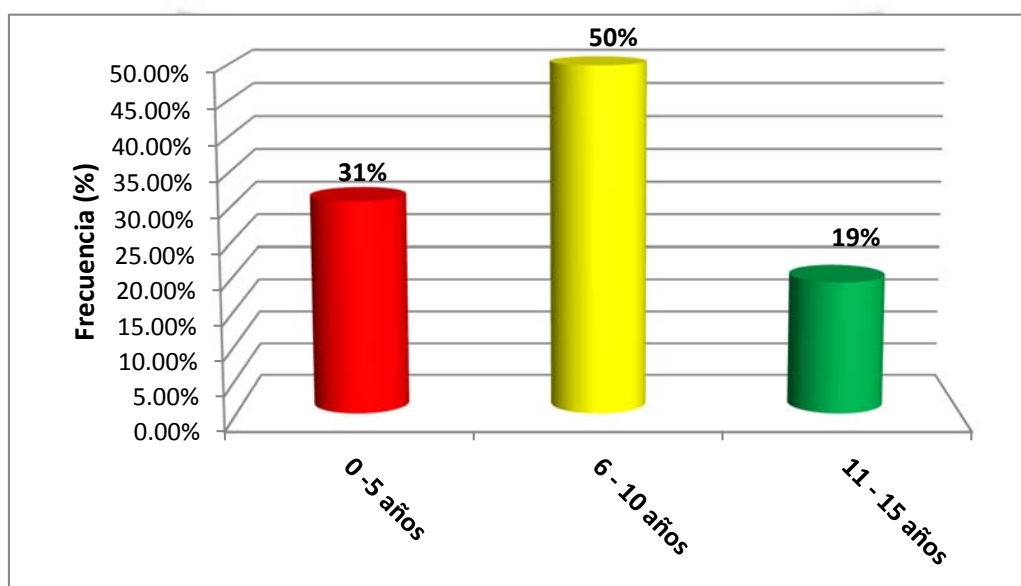
En el cuadro y grafico 1 presentados se aprecia que la edad de presentación es más común en el rango comprendido entre los 6 a 10 años de edad (50%), teniendo una media de 7.54 y mediana de 8



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRÁFICO 1**

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EDAD**



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 2**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN: SEXO DE LOS PACIENTES**

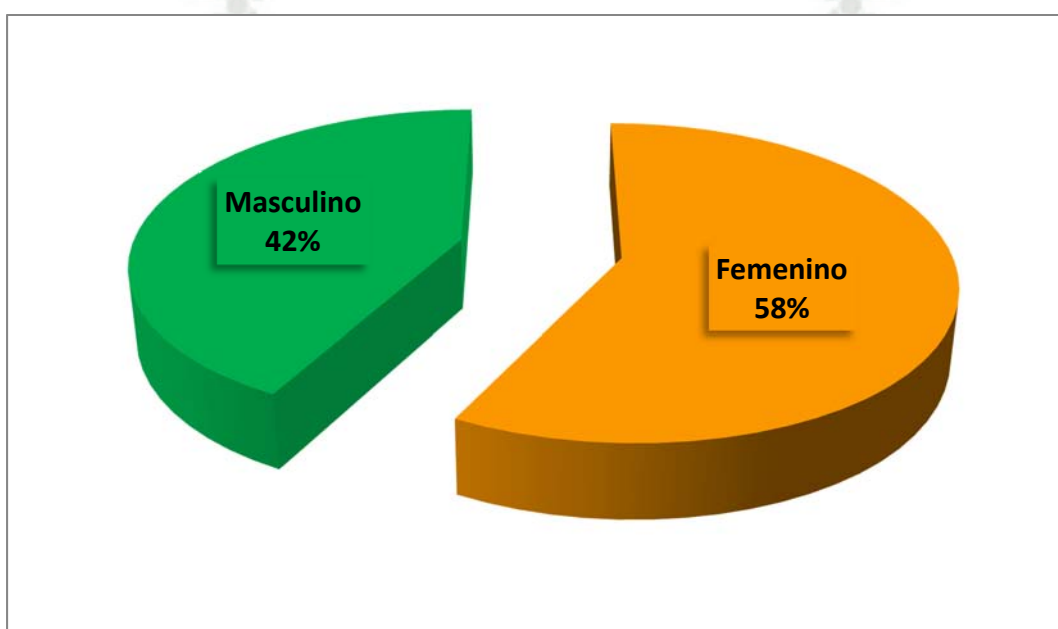
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	15	58%
Masculino	11	42%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

En el cuadro y gráfico 2 se aprecia que la Purpura de Henoch Schonlein tiene un predominio sobre el sexo Femenino con 58% (15/26).

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 2**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO**





“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 3**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN: ESTACION DEL AÑO**

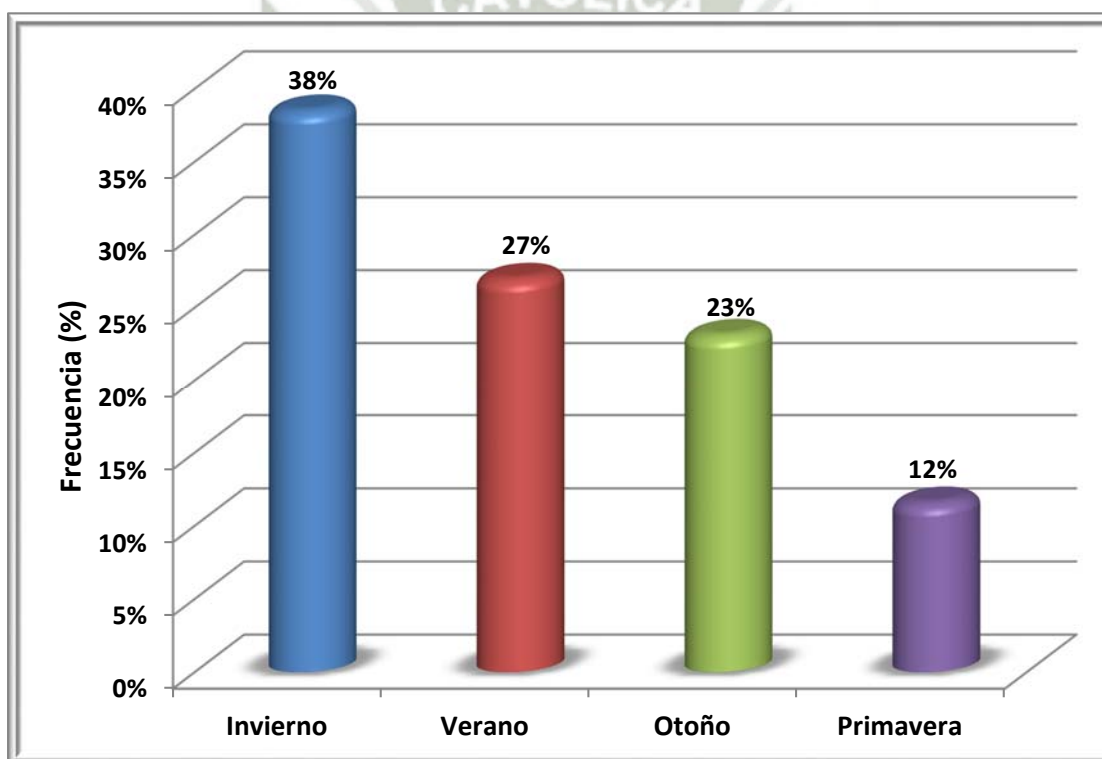
Estación Del Año	Frecuencia	Porcentaje
Invierno	10	38%
Verano	7	27%
Otoño	6	23%
Primavera	3	12%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Se aprecia en el cuadro y grafico 3 que la estación del año en que se presenta con mayor frecuencia la Purpura de Henoch Schonlein es el Invierno con 38%.

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 3**

**ESTACIÓN DEL AÑO QUE SE PRESENTA LA  
ENFERMEDAD**



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 4**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN: FACTOR PREDISPONENTE**

Factor Predisponente	Frecuencia	Porcentaje
Infección viral o bacteriana	12	46%
Ninguno	11	42%
Ingesta previa de fármaco	2	8%
Colocación previa de vacuna	1	4%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

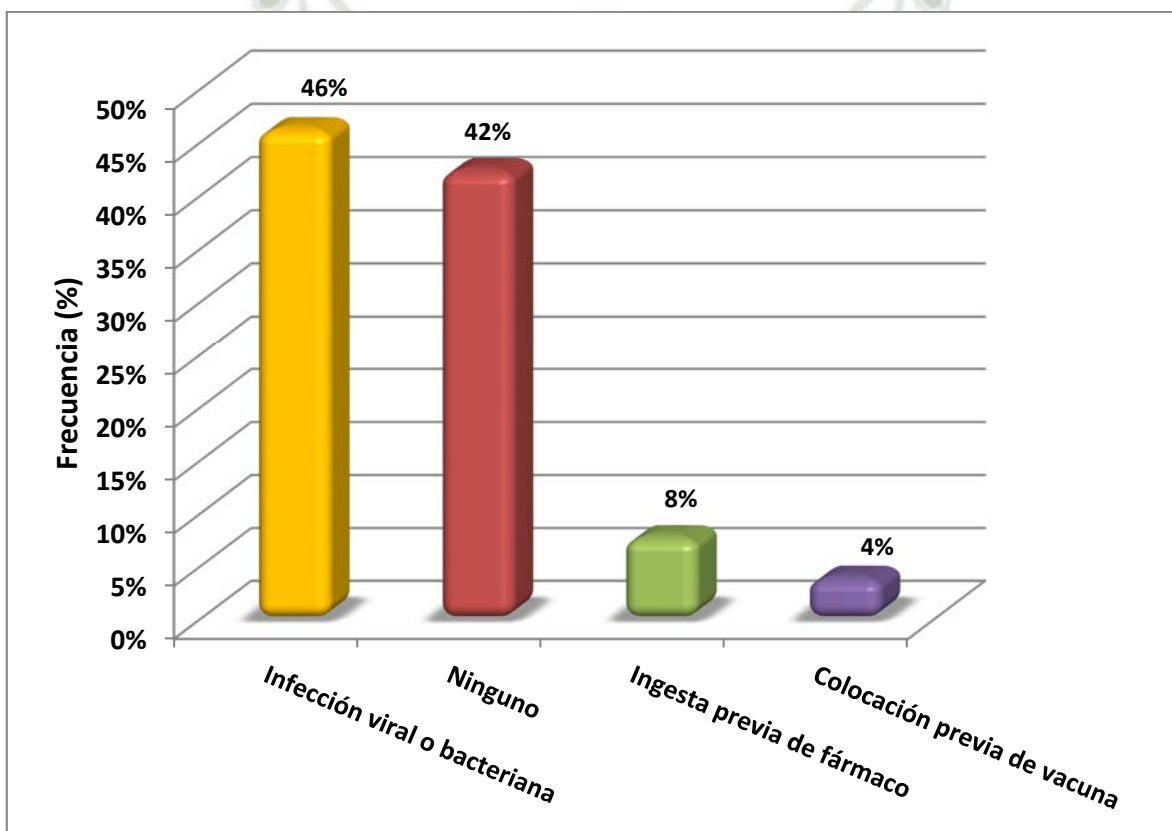
La infección viral o bacteriana es el principal factor predisponente para el desarrollo de la PHS con un 46% de los casos como se aprecia en el cuadro y gráfico 4.



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 4**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO: FACTOR PREDISPONENTE**



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 5**

**MANIFESTACIONES CLINICAS: LESIONES DÉRMICAS**

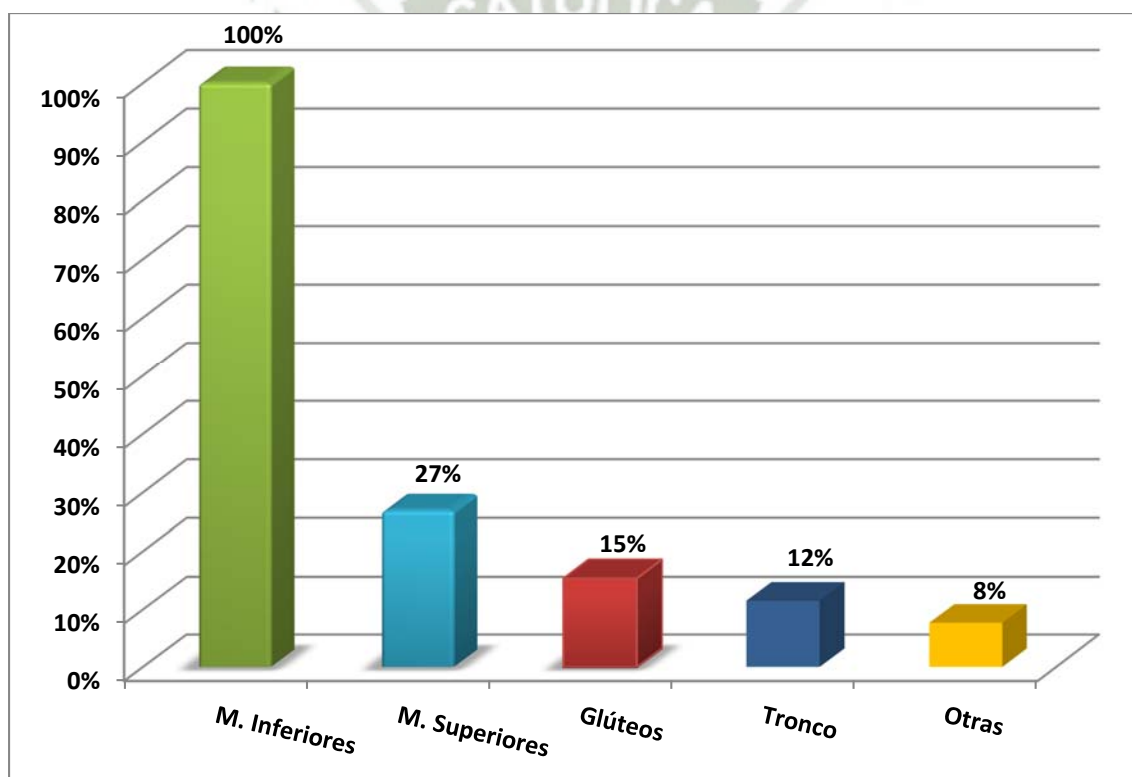
Lesiones Dérmicas	Frecuencia	Porcentaje
M. Inferiores	26	100%
M. Superiores	7	27%
Glúteos	4	15%
Tronco	3	12%
Otras	2	8%

En el cuadro y gráfico 5 se observa que el 100% de los pacientes presento lesiones a nivel de los miembros inferiores.

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 5**

**MANIFESTACIONES CLINICAS: LESIONES DERMICAS**





“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 6**

**MANIFESTACIONES CLINICAS: SINTOMAS ARTICULARES**

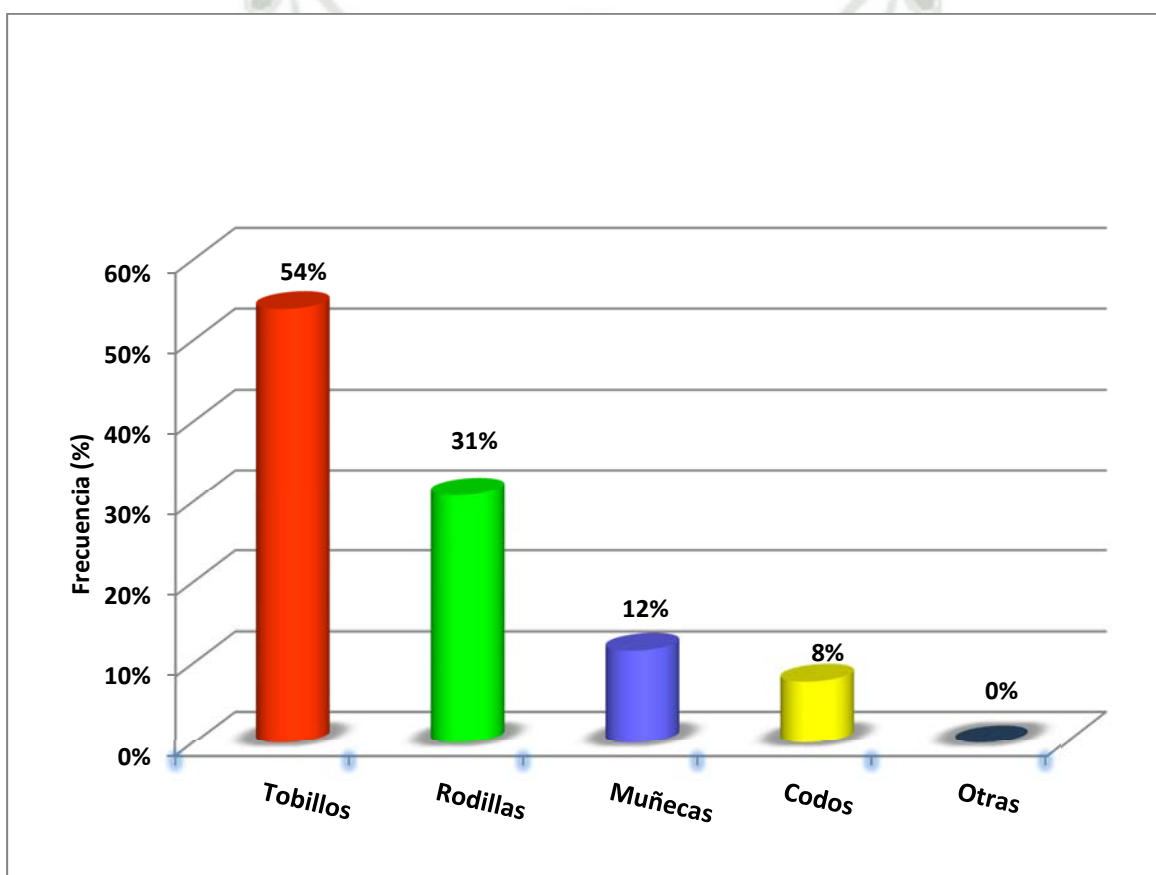
Síntomas articulares	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tobillos</b>	14	54%
<b>Rodillas</b>	8	31%
<b>Muñecas</b>	3	12%
<b>Codos</b>	2	8%
<b>Otras</b>	0	0%

Las articulaciones más afectadas en la PHS son los Tobillos que lo presentan el 54% de los pacientes en estudio.

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRÁFICO 6**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS: SIGNOS/SINTOMAS  
ARTICULARES**



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 7**

**MANIFESTACIONES CLINICAS: SIGNOS Y SINTOMAS DIGESTIVOS**

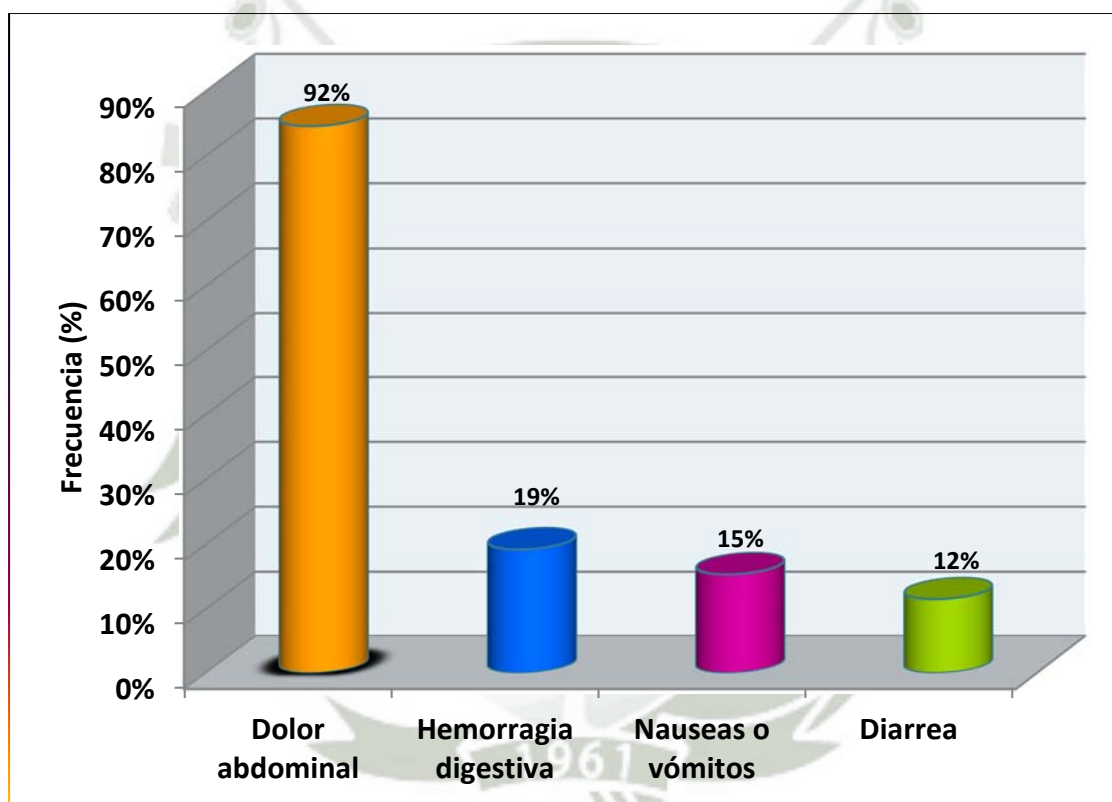
<b>Signos y síntomas digestivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dolor abdominal</b>	24	92%
<b>Hemorragia digestiva</b>	5	19%
<b>Nauseas o vómitos</b>	4	15%
<b>Diarrea</b>	3	12%

Se aprecia en el cuadro y grafico 7 que el dolor abdominal es el síntoma que más manifiestan los pacientes, presente en el 92% de ellos.

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 7**

**MANIFESTACIONES CLINICAS: SINTOMAS/SIGNOS DIGESTIVOS**





“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 8**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS: SIGNOS Y SÍNTOMAS RENALES**

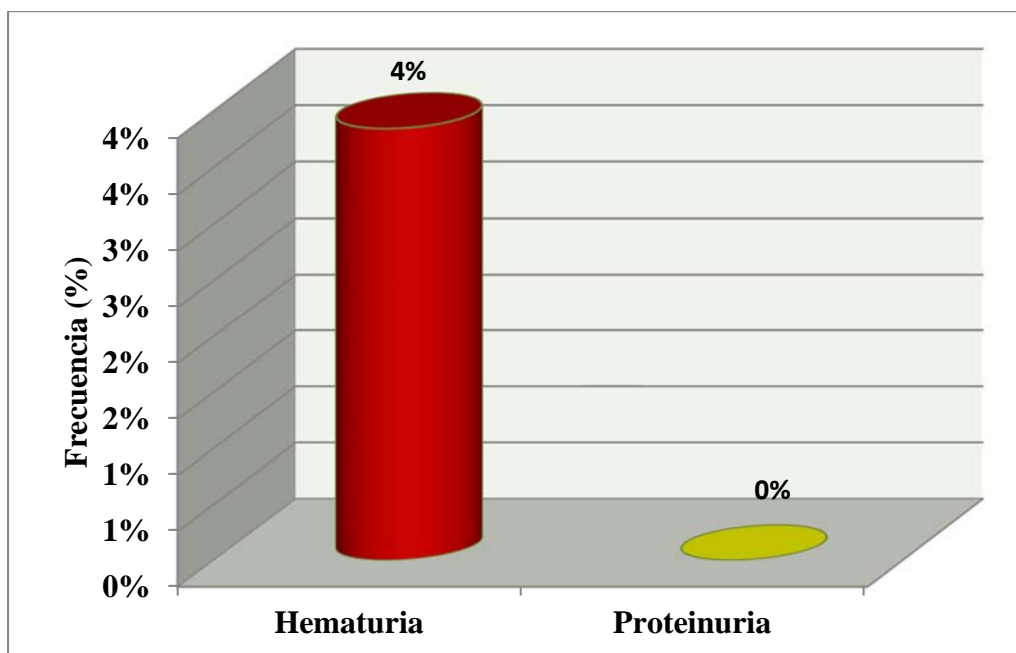
Signos y síntomas renales	Frecuencia	Porcentaje
Hematuria	1	4%
Proteinuria	0	0%

Se observa que solo un paciente del total (4%) presenta sintomatología renal presentando hematuria.(cuadro y gráfico 8)

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 8**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS: SINTOMAS/SIGNOS RENALES**



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 9**  
**TRATAMIENTO RECIBIDO**

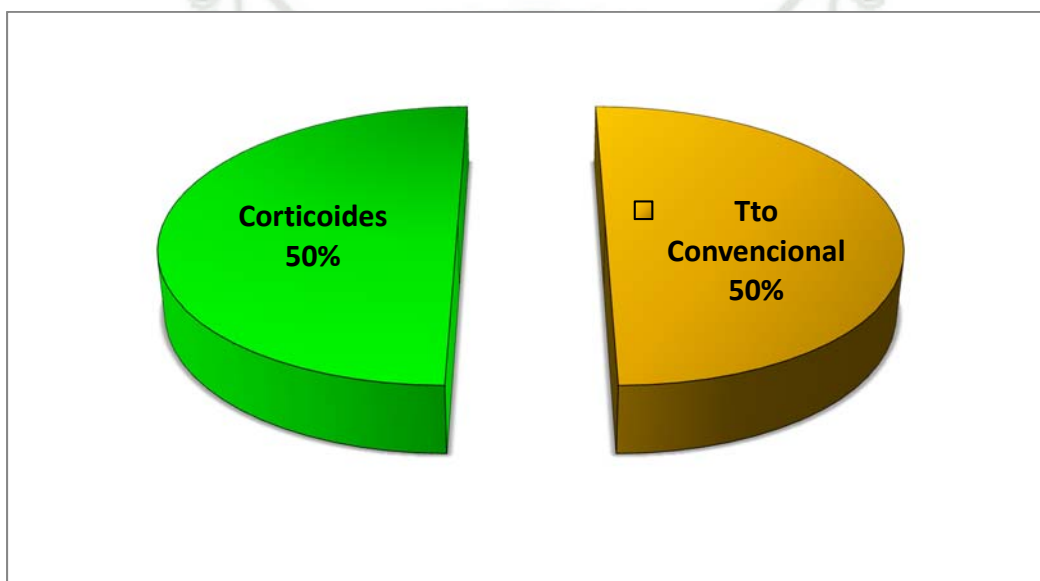
TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tto Convencional	13	50%
Corticoides	13	50%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

En cuanto al tratamiento se observa que la mitad de los pacientes (50%) fueron tratados con tratamiento convencional y el otro 50% con Corticoides.

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 9**

**TRATAMIENTO RECIBIDO**





“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 10**

**EVALUACION TERAPEUTICA: TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (DÍAS)**

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0%
2	1	4%
3	1	4%
4	4	15%
5	2	8%
6	2	8%
7	3	12%
8	6	23%
9	3	12%
10	1	4%
11	0	0%
12	0	0%
13	0	0%
14	1	4%
15	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

MEDIA 7.42

En la presente cuadro y grafico se puede apreciar que el 23% de los pacientes fueron dado de alta a los 8 días, teniendo en cuenta que en esta tabla están incluidos ambos grupos de estudio (corticoterapia y tratamiento convencional), Siendo la media 7.42 días.

“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**GRAFICO 10**

**VALORACIÓN TERAPEÚTICA: TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN**



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO 10.1**

**EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN  
(CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)**

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	CORTICOIDES		TTO CONVENCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0%	0	0%
2	0	0%	1	8%
3	1	8%	0	0%
4	4	31%	0	0%
5	1	8%	1	8%
6	2	15%	0	0%
7	1	8%	2	15%
8	2	15%	4	31%
9	2	15%	1	8%
10	0	0%	1	8%
11	0	0%	0	0%
12	0	0%	0	0%
13	0	0%	0	0%
14	0	0%	1	8%
15	0	0%	2	15%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Se observa que los pacientes que recibieron tratamiento con corticoides la mayor parte (31%) fueron dados de alta al cuarto día en comparación al tratamiento convencional que en donde la mayor parte de pacientes fueron dados de alta al octavo día (31%).

## EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN (CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)

### Estadísticos de grupo: T DE STUDENT

	Tto: Corticoides	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
<b>Tiempo de hospitalización (días)</b>	Si	13	5,92	2,100	,582
	No	13	8,92	3,818	1,059

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>Tiempo de hospitalización (días)</b>	Se han asumido varianzas iguales	2,088	,161	-2,482	24	,020	-3,000	1,209	-5,494	-,506
	No se han asumido varianzas iguales			-2,482	18,652	,023	-3,000	1,209	-5,533	-,467

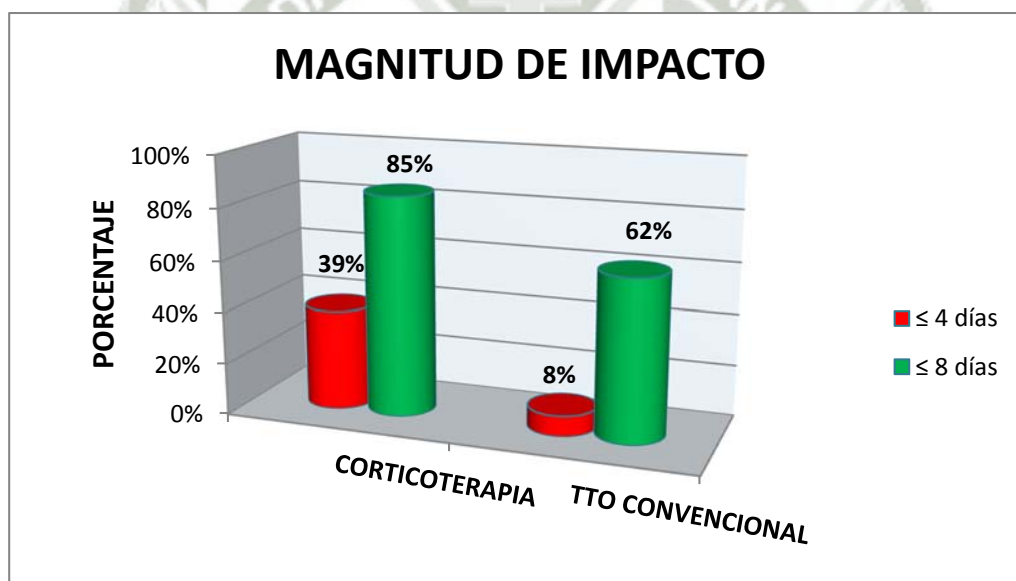


“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN  
(CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)**

**MAGNITUD DE IMPACTO**

DÍAS	CORTICOTERAPIA	TTO CONVENCIONAL	MAGNITUD DE IMPACTO
≤ 4 días	39%	8%	31%
≤ 8 días	85%	62%	23%



“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 11**

**EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS EN QUE DESAPARECE DOLOR ABDOMINAL  
(CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)**

DÍAS EN QUE DESAPARECE EL DOLOR ABDOMINAL	CORTICOIDES		TTO CONVENCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	23%	0	0%
2	9	69%	1	9%
3	1	8%	0	0%
4	0	0%	2	18%
5	0	0%	4	36%
6	0	0%	2	18%
7	0	0%	1	9%
8	0	0%	1	9%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Se evidencia que en los pacientes que recibieron corticoterapia la resolución del dolor abdominal fue a los 2 días (69% de los pacientes), mientras que en los que recibieron tratamiento convencional la mayor parte (36%) calmo el dolor a los 5 días.

# EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS EN QUE DESAPARECE DOLOR ABDOMINAL (CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)

## Estadísticos de grupo

	Tto: Corticoides	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
<b>Desaparece el dolor abdominal (Días)</b>	Si	13	1,85	,555	,154
	No	13	4,38	2,434	,675

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>Desaparece el dolor abdominal (Días)</b>	Se han asumido varianzas iguales	11,196	,003	-3,667	24	,001	-2,538	,692	-3,967	-1,110
	No se han asumido varianzas iguales			-3,667	13,243	,003	-2,538	,692	-4,031	-1,046

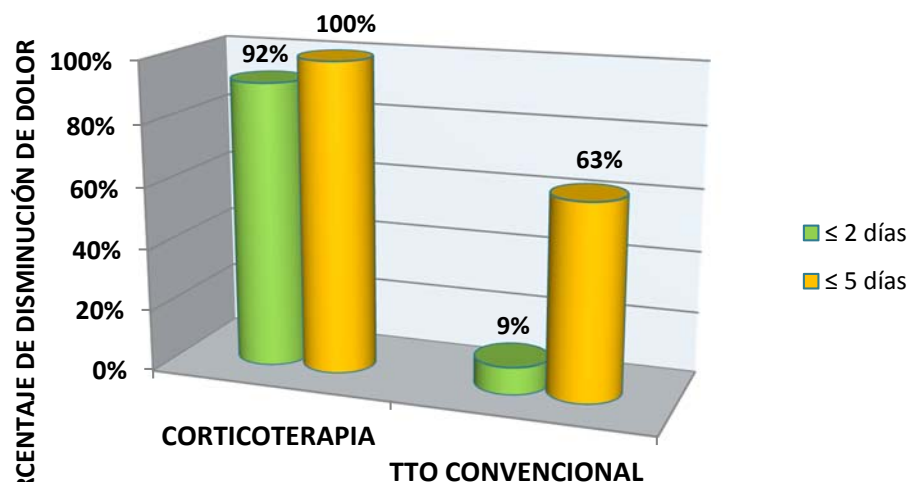
“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHÉ. AREQUIPA 2000 – 2012”

**EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS EN QUE DESAPARECE DOLOR  
ABDOMINAL (CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)**

**MAGNITUD DE IMPACTO**

DÍAS	CORTICOTERAPIA	TTO CONVENCIONAL	MAGNITUD DE IMPACTO
≤ 2 días	92%	9%	83%
≤ 5 días	100%	63%	67%

**MAGNITUD DE IMPACTO:  
DISMINUCION DEL DOLOR ABDOMINAL**





“VALORACIÓN TERAPEÚTICA DE LA PURPURA DE HENOCCH  
SCHONLEIN EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2000 – 2012”

**CUADRO Nº 12**

**EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS EN QUE DESAPARECE  
ARTRALGIAS (CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)**

DIAS EN QUE DESAPARECE LAS ARTRALGIAS	CORTICOIDES		TTO CONVENCIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	11%	0	0%
2	4	44%	2	29%
3	2	22%	0	0%
4	2	22%	4	57%
5	0	0%	0	0%
6	0	0%	0	0%
7	0	0%	1	14%
8	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la desaparición de Artralgias los pacientes que recibieron corticoides la mayor parte 44% calmo el dolor a los 2 días, en comparación con los que recibieron tratamiento convencional que el 57% calmo a los 4 días.

## EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS EN QUE DESAPARECE ARTRALGIAS (CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)

### Estadísticos de grupo

	Tto: Corticoides	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
<b>Desaparece artralgias (Días)</b>	Si	13	1,77	1,481	,411
	No	13	2,08	2,326	,645

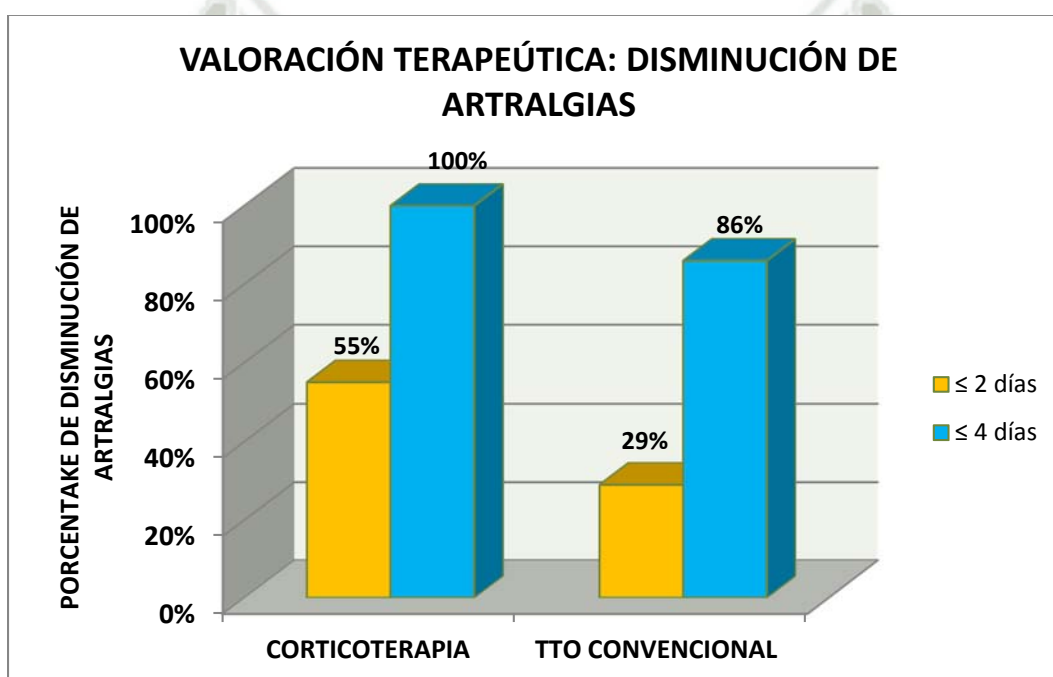
### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia
									Inferior Superior
<b>Desaparece artralgias (Días)</b>	Se han asumido varianzas iguales	3,601	,070	-,402	24	,691	-,308	,765	-1,886 1,271
	No se han asumido varianzas iguales			-,402	20,353	,692	-,308	,765	-1,901 1,286

## EVALUACIÓN TERAPEÚTICA: DÍAS EN QUE DESAPARECE ARTRALGIAS (CORTICOTERAPIA VS TTO CONVENCIONAL)

### MAGNITUD DE IMPACTO

DÍAS	CORTICOTERAPIA	TTO CONVENCIONAL	MAGNITUD DE IMPACTO
≤ 2 días	55%	29%	26%
≤ 4 días	100%	86%	14%





### CÁPITULO III

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La Purpura de Henoch Schonlein es una entidad que ha recibido especial atención debido a que encierra aspectos poco claros, existiendo aún controversias en múltiples aspectos de su presentación y tratamiento.

Con el desarrollo de múltiples sistemas de predicción de su gravedad ha permitido identificar tempranamente sus complicaciones y esto ha reducido la mortalidad asociada. Sin embargo, su tratamiento se ha modificado poco en las últimas décadas, a pesar de la enorme investigación en el área para disminuir la respuesta inflamatoria asociada. (15)

A pesar de ser la vasculitis más común en pediatría, no existe consensos que consideren el tratamiento de las manifestaciones de la Purpura de Henoch Schonlein.. La falta de consensos del tratamiento ha resultado en una variación significativa en el enfoque de niños hospitalizados con dicha patología.

Con el objeto de conocer la eficacia de los corticoides en relación con el manejo convencional en esta patología, se realizó una investigación de tipo documental, es decir que, lo que se observó fueron solo documentos. Es descriptiva pues, se relata solo lo que se encontró, no interviniendo para nada el investigador. El instrumento de investigación fue la ficha de recolección de datos o ficha de observación documental, la cual fue elaborada en base a variables.

Al iniciar el estudio nos planteamos la interrogante ¿Cuál es la eficacia de los corticoides en relación al tratamiento convencional en los niños con Purpura de Henoch Schonlein? Para poder respondernos a esta pregunta nos planteamos tres objetivos y para cada uno de ellos se incluyeron diversos parámetros que mencionamos y analizaremos a continuación:

Para el **primer objetivo**: “Determinar las características epidemiológicas de la Purpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital III Goyeneche. Arequipa 2000 - 2012”

**CUADRO 1:** Como se aprecia en el cuadro, se encontró que la edad de presentación más frecuente fue el periodo comprendido en la etapa escolar (6 – 10 años) con una representación del 50% (13 de 26) de la población estudiada, seguida del grupo comprendido entre los 0 a 5 años con 30.77%; siendo de menor presentación en la edad correspondiente entre 11 a 15 años (19.23%). Al comparar con el estudio realizado por Gardner – Medwin titulado Incidencia en Purpura de Henoch Schonlein en niños de diferentes etnias (5) notamos que tiene un pico de presentación a los seis años, siendo el 90% de los casos reportados en pacientes pediátricos menores de 10 años de edad, que coincide con nuestro estudio, el cual reporta un total de 80.77% de los casos en menores de 10 años de edad. En un estudio realizado a nivel local por Joaquin Valdez (2012) en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, encontró que la mayor parte de casos se presentaron en el periodo comprendido entre los 4 a 8 años de edad (21 niños de 42). Finalmente, al contrastar con el estudio realizado por Lourdes Angeles (2005) realizado en el Instituto Especializado de Salud del Niño – Lima, se vio que el grupo etario más afectado fue el escolar (63%), seguido del preescolar (33%), lo que concuerda con nuestros resultados presentados en donde damos a conocer que el grupo más afectado es el escolar seguido del preescolar.

**CUADRO 2:** El 58% de los casos reportados corresponden al sexo femenino, con 15 de 26 pacientes, el 42% restante son de sexo masculino (11 casos). Al relacionar sexo femenino con el sexo masculino, encontramos una relación proporcional de 1.3/1 respectivamente; siendo esta diferencia de presentación mínima. Se puede apreciar que hay una controversia en relación a la presentación publicada por la literatura universal: Botero (2005) señala que la Purpura de Henoch Schonlein tiene un predominio por el sexo masculino, por otro lado la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica (2008), indica que esta vasculitis sistémica es el doble de frecuente en niños que en niñas. En estudios realizados a nivel nacional como el presentado por Angeles Lourdes (2005) en el Instituto Especializado de Salud del Niño – Lima, se encontró un predominio del sexo femenino en relación al masculino en 2.4/1 (71% de los casos estudiados fueron mujeres). Joaquin Valdez (2012), en su estudio realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, determinó que el 57.14% de los casos correspondían a niñas. Al contrastar la información con nuestro estudio, podemos notar que

en las publicaciones a nivel internacional predomina el sexo masculino; mientras que a nivel nacional y local hay predominancia por el sexo femenino.

**CUADRO 3:** En cuanto a la estación en donde se presentó esta enfermedad, la literatura informa una elevación de casos en la estación de invierno (6).(12), lo que coincide con nuestro estudio, en donde reportamos un 38% de los casos se presentaron en invierno, es decir 10 de 26 niños hospitalizados, seguido de la estación del verano con un 27% (7 de 26), otoño 23% (6 de 26) y finalmente primavera con 12% (3 de 26). La Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica, informa que la mayoría de los casos ocurren durante el invierno, aunque también describen casos durante el otoño y la primavera. Así mismo, un estudio realizado en la Habana – Cuba por Leonor Zamora (2007), describe que un 50% de los pacientes presentaron el cuadro durante el invierno. A nivel nacional (Angeles en Lima) y local (Joaquin Valdez en Arequipa), dan la misma presentación de la enfermedad en dicha estación del año.

**CUADRO 4:** Clásicamente se ha considerado que un agente infeccioso (un virus o una bacteria) podría ser el desencadenante de la enfermedad, ya que con frecuencia la PHS aparece días después de una infección catarral. Sin embargo también se han descritos casos con la toma de alguna medicina, colocación de vacuna, después de picadura de insectos, así como tras una exposición de frío o a una toxina química. Por este motivo, se uso con anterioridad el término de “Purpura Alérgica” ya que se pensó que era un tipo de reacción alérgica. (6), (11). En el estudio que presentamos, encontramos que el factor predisponente más frecuente fue la exposición a un agente infeccioso con un 46% de los casos (12/26); 8 tuvieron procesos de rinofaringitis virales que representan el 66,6%, dos tuvieron amigdalitis bacterianas (16,6%), y uno presentó otitis media aguda (8.3%). La ingesta previa de fármacos representó el 8% de los casos, estos dos pacientes refieren haber consumido cotrimoxazol; uno de los pacientes que desarrolló el cuadro de PHS tuvo el antecedente de haberse colocado la vacuna pentavalente. Sin embargo el 42% de los pacientes no presentó ningún factor desencadenante. Nuestros resultados coinciden con la publicación realizada por Leonor Zamora en la Habana – Cuba donde el 50% de los pacientes presentó infecciones virales antes del inicio de la enfermedad, así mismo concuerda con el estudio presentado por



Lourdes Angeles en Lima y Joaquin Valdez en Arequipa, que en ambos casos revelan que el principal factor desencadenante de la enfermedad son las infecciones virales o bacterianas.

Para el *segundo objetivo*: “Describir la presentación clínica de la Purpura de Henoch Schonlein en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital III Goyeneche en el periodo 2000 – 2012” , tenemos los cuadros 5 al 8.

No existe ninguna prueba definitiva para realizar el diagnostico de Purpura de Henoch Schonlein, el mismo es clínico y debe sospecharse en aquellos pacientes que presenten la triada clásica: Purpura palpable no trombocitopénica, dolor abdominal y artritis.

**CUADRO 5:** En relación a las lesiones dérmicas se encontró que el 100% de los pacientes presento lesiones purpúricas palpables a nivel de los miembros inferiores, un 27% en miembros superiores, 15% a nivel de glúteos, 12% en tronco y un 8% en otras localizaciones (cara y pene). El cuadro purpúrico presentado por nuestros pacientes coincide con la clínica detallada en la literatura universal(14),(18), donde se afirma que la erupción se localiza generalmente en las zonas de declive o de mayor presión, tales como las extremidades inferiores, las nalgas y en la superficie extensora de las extremidades superiores. En los estudios realizados por Leonor Zamora (Cuba), Lourdes Angeles (Lima) y Joaquín Valdez (Arequipa) coinciden con la clínica dérmica presentada en el presente trabajo (98 – 100%).

**CUADRO 6.-** La artritis no migratoria en los pacientes con Purpura de Henoch Schonlein, comprometen rodillas, tobillos y más comúnmente las pequeñas articulaciones. Los síntomas de la artritis incluyen inflamación, calor y limitación en la movilidad. Estos síntomas son transitorios, no dejan deformidad y pueden preceder a la purpura (23),(18). En la clínica articular presentada en nuestros pacientes, se observó un predominio a nivel mediana y grandes articulaciones; de las cuales el 54% de ellos presento artralgiás a nivel de tobillos, 31% en rodillas, 12% en muñecas y solamente un 8% en codos (Cabe resaltar que un paciente pudo presentar dolor articulas en más de una articulación presentando un cuadro oligoarticular, descrito en la literatura). Ningún paciente presento cuadro articular en pequeñas articulaciones, lo cual no coincide con la literatura universal (18), En estudios



prestados a nivel Nacional (Angeles en Lima) y Local (Valdez en Arequipa), se hace referencia a un 54 y 63% de compromiso articular, mas no se hace referencia a las articulaciones afectadas.

**CUADRO 7.-** De los 26 pacientes estudiados 24 de ellos presentaron dolor abdominal lo que representa el 92%, La literatura universal informa que el dolor abdominal ocurre en un 60 a 65% de los pacientes el cual puede simular un dolor abdominal agudo confundiendo en ocasiones con cuadros apendiculares, El dolor es típicamente cólico, se produce alrededor de una semana después de la erupción cutánea(12).(24). Cabe mencionar que hubo una paciente en el estudio que entro con un probable cuadro de colecistitis aguda, estando hospitalizada en el servicio de pediatría por un periodo de 6 días donde los estudios ecográficos y laboratoriales no confirmaban el diagnostico de sospecha, presentando a los 6 días el cuadro purpúrico; en este cuadro nos sirvió para ver la evolución atípica referida en la literatura universal y la importancia del dolor abdominal como síntoma importante en esta enfermedad. Bailey (1998), Fervenza (2003), nos dan a conocer que los vómitos y la hemorragia gastrointestinal (oculta y manifiesta) se desarrollan en un 30% de los casos, en nuestro estudio encontramos a 5 pacientes (19% de los casos) que presentaron hemorragia digestiva, 4 pacientes (15%) presento náuseas y vómitos, 3 pacientes (12%) presentaron diarrea. Nuestro estudio coincide con lo presentado con Bailey y Fervenza en presentación de vómitos y hemorragia gastrointestinal. Dichas manifestaciones apuntan a severidad de cuadro, y que podrían llevar a complicaciones de la enfermedad.

**CUADRO 8.-** En el estudio realizado solo se encontró un paciente con alteración renal (4%) presentando hematuria. Al comparar con el estudio realizado por Joaquin Valdez realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado, se encontró un 23.8% que presentaron hematuria, Lourdes Angeles (Lima) encontró un 20% de afectación renal, esta posible diferencia marcada de resultados podría deberse a que en el Hospital que se realizo el estudio no se hizo exámenes de orina ni de función renal en todos los pacientes, tanto de ingreso como de salida, encontrándose solamente exámenes de orina en la minoría de pacientes, lo que explicaría el porcentaje bajo encontrado. Cabe recalcar que el compromiso renal es uno de los factores de

predicción de mortalidad en los pacientes con Purpura de Henoch Schonlein y que suele hallarse en pacientes que presentan recaídas o cuadros severos.

Para *el tercer objetivo*: “Evaluar la eficacia de los corticoides en relación al tratamiento convencional en los pacientes pediátricos con el diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein atendidos en el Hospital III Goyeneche” tenemos los cuadros 9 al 12

**CUADRO 9:** Al iniciar el estudio de investigación se empezó con 28 pacientes, de los cuales dos fueron eliminados, uno por que fugo del servicio de pediatría a los dos días de haber iniciado tratamiento con corticoides y el otro por tener criterio diagnóstico de Purpura Trombocitopénica Idiopática en la historia clínica la cual no concordaba con el diagnóstico que manejaba el servicio de estadística, quedando 26 pacientes de los cuales 13 recibieron tratamiento con corticoides a dosis de 1mg/kg/día (50% de los casos), y la otra mitad recibió tratamiento convencional.

Definimos tratamiento convencional, al que consta de reposo y tratamiento sintomático según clínica manifestada por el paciente o los familiares (antiinflamatorios no esteroideos, antiespasmódicos; antihistamínicos). Dado que pudimos obtener grupo igualitarios en relación al tratamiento, se pudo hacer cuadros estadísticos de magnitud de impacto y significancia estadística más pegados a las leyes estadísticas y con menor rango de sesgos de error.

**CUADRO 10:** En el cuadro descrito se procedió a analizar los días en que los pacientes fueron dados de alta, teniendo en cuenta que en dicho análisis se encuentran ambos grupos de estudio presentes, sin ser separados. Se encontró que el 23% de los pacientes (6/26), fueron dados de alta a los 8 días de haber sido hospitalizados, el 15 % (4/26) fueron dados de alta a los 4 días, siendo los días en donde se concentran la mayoría de pacientes dados de alta. Habiendo una media de 7.42 días, lo que quiere decir que el promedio de estancia de los pacientes con diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein en el Servicio de Pediatría fue de 7 días. Así mismo, se observó que la menor cantidad de días en que fueron dado de alta los pacientes fue de dos días, donde se encontró un paciente (4%); mientras que la mayor

cantidad de días de estancia hospitalaria fueron 15 días, en cuyo caso se halló dos pacientes (8%).

Para fines de medir la magnitud de impacto en relación a los días de hospitalización, se procedió a conformar dos grupos, uno formado por los pacientes tratados con corticoides (13 casos) desde el primer día de hospitalización, y el otro conformado por los pacientes tratados de forma convencional (13 casos)

**CUADRO 10.1:** En el cuadro en mención se evaluó tres parámetros estadísticos para valorar la eficacia de los corticoides en el manejo de la PHS en relación al tratamiento convencional: 1) Media de días de hospitalización, 2) Asociación significativa de las variables independientes según la prueba de T – student y 3) Magnitud clínica de impacto. Para poder hablar que un tratamiento es probablemente más eficaz que otro no solo basta ver la asociación significativa, se debe valorar una magnitud de impacto, en donde haya una diferencia significativa entre ambos tratamientos terapéuticos en estudio.

En nuestra investigación encontramos que en el grupo de pacientes que recibieron la corticoterapia; la mayor parte de ellos (31%) fueron dados de alta a los 4 días de iniciado el tratamiento; mientras que en el grupo que fue tratado en forma convencional se observó que el 31% de los pacientes fueron dados de alta a los 8 días, siendo en este punto la concentración mayor.

A continuación se procedió a formular dos probables hipótesis para encontrar la posible diferencia entre los tratamientos que estudiamos (corticoterapia – tratamiento convencional).

Ho: No hay diferencia entre los corticoides y el tratamiento convencional en disminuir los días de hospitalización.

H1: Hay diferencia entre los corticoides y el tratamiento convencional en disminuir los días de hospitalización.

Al aplicar la prueba estadística de T – student encontramos una media de 5.92 para el grupo de corticoides, lo que nos indica que el promedio de alta en dicho grupo fue de 6 días, con un valor de p de 0.020, la cual al compararla con la p significativa de 0.05 resulta menor, lo que nos indica que hay significancia estadística.



En el caso del grupo con tratamiento convencional se halló una media de 8.92, indicándonos que el promedio de estancia en el servicio de pediatría es de 9 días, y una  $p$  de 0.023 la cual también es estadísticamente significativa.

Podemos apreciar que en ambos casos, los dos tratamientos son eficaces, habiendo una diferencia de 0.03 entre ambos grupos en relación a significancia estadística. Este parámetro estadístico como dijimos anteriormente, no es suficiente para hablar de eficacia terapéutica en un estudio de investigación, por lo que se procedió a medir la magnitud clínica de impacto en ambos grupos.

Definimos magnitud clínica de impacto, aquella diferencia existente entre ambos grupos terapéuticos en donde se considera un grupo con mayor probabilidad de eficacia, aquel que logre un mayor porcentaje de pacientes dados de alta en menor tiempo.

Se evaluó a la magnitud en dos puntos de corte, el primero de ellos a los 4 días de alta, que es el día en que el grupo que recibió tratamiento con corticoides logró el mayor número de pacientes dados de alta 39% (teniendo en cuenta que se sumó los 4 días). En este punto de corte, el grupo que fue tratado de forma convencional logró solo el 8% de pacientes en ser dados de alta, pudiéndose observar en este punto que hay una diferencia entre ambos grupos de un 31% a favor de la corticoterapia. El siguiente punto de corte fue de 8 días, punto en donde el grupo con tratamiento convencional logró la mayor cantidad de pacientes en ser dados de alta (8 pacientes de los 13), lo cual representa el 62% de su población hasta el día 8, al comparar con el grupo que recibieron corticoides se puede notar que a los 8 días los corticoides logran que el 85% de sus pacientes (11 de 13) sean dados de alta; siendo la diferencia de tratamiento entre ambos de 23%.

Con los tres parámetros estudiados podemos concluir lo siguiente: El grupo de corticoides logra una media de 4.92 en días de hospitalización, tiene una  $p$  de 0.020, y una magnitud de impacto de 31% en el primer punto de corte y de 23% en el segundo punto de corte. El grupo con tratamiento convencional tiene una media de 8.92, una  $p$  de 0.023. Por lo tanto se puede afirmar que estadísticamente se encuentra mayor eficacia de los corticoides en lograr que el tiempo de hospitalización sea menor en relación a cuando los pacientes solo reciben tratamiento convencional.



**CUADRO 11:** En un estudio realizado por Pamela Weiss en el Hospital de Filadelfia publicado en el Pediatrics 2007, encontró que “el tratamiento con corticosteroides redujo significativamente el tiempo de resolución media del dolor abdominal y aumento las probabilidades de resolución dentro de las primeras 24 horas “.

Tomando en cuenta la conclusión a la que se llegó en este estudio de investigación, procedimos a evaluar cual sería la eficacia de los corticoides en nuestros pacientes estudiados para disminuir el dolor abdominal en relación a los que usaron el tratamiento convencional. En el cuadro N.- 11 que procedimos a evaluar encontramos que en 9 de los 13 pacientes (69%) que recibieron corticoides, a los 2 días desapareció el dolor abdominal. En el grupo que recibió tratamiento convencional el mayor grupo conformado por un 36% de ellos desapareció el dolor a los 5 días, considerándose estos días los puntos de corte para medir la magnitud clínica de impacto.

Al aplicar la prueba estadística de T – student encontramos que la media para el grupo de corticoides es de 1.85, es decir que a los 2 días de iniciado el tratamiento se logra desaparecer el dolor abdominal de los pacientes con PHS; mientras que en el grupo tratado de forma convencional (AINES, espasmolíticos) la media fue de 4.38, lo que significa que a los 4 días es el promedio en que en dichos pacientes desaparece el dolor abdominal. En este punto notamos que hay una diferencia de tres días de resolución del dolor abdominal a favor de los corticoides.

Se plantearon dos hipótesis en relación a la desaparición del dolor abdominal:

Ho: No hay diferencia entre los corticoides y el tratamiento convencional en desaparecer el dolor abdominal.

H1: Hay diferencia entre los corticoides y el tratamiento convencional en desaparecer el dolor abdominal.

Al evaluar la p estadística, se encontró que para el grupo que recibió corticoides tenía una significancia estadística de 0.001, lo que significa que el tratamiento corticoide tiene eficacia en el manejo de dicha sintomatología, al encontrarse una p menor de 0.05 y no estando incluida la hipótesis nula dentro del intervalo de confianza, es decir que estos hallazgos no se deben al azar.

En el caso del grupo que recibió el tratamiento convencional se encontró una p de 0.003, con dichos resultados podemos afirmar que el tratamiento convencional tiene también eficacia en

el manejo de dicha sintomatología pero con una significancia estadística menor que la hallada con los corticoides.

Al ser ambos tratamientos significativos estadísticamente, procedemos a determinar la magnitud clínica de impacto para valorar cual de los dos tratamiento tiene una probable mayor eficacia.

En el primer punto de corte que es a los dos días de iniciado el tratamiento con corticoides, se logra desaparecer el dolor abdominal en un 92% de los pacientes que recibieron dichos fármacos, en comparación con un 9% de los pacientes que recibieron tratamiento convencional. Habiendo una diferencia de 83% de magnitud de impacto. En el segundo punto de corte (5 días) se encontró que en un 100% de los pacientes que recibieron los corticoides se logra la resolución completa del dolor abdominal, en cambio en los que recibieron tratamiento convencional solo en un 63% de sus pacientes desaparece el dolor abdominal, en este punto la magnitud clínica de impacto es de 37% a favor de los corticoides.

La magnitud clínica de impacto hallada en nuestro estudio, nos da a conocer que a los dos días de iniciado el tratamiento con los corticoides 12 de sus 13 pacientes logran calmar el dolor abdominal y a los 5 días la totalidad de ellos, pudiéndose concluir con estos tres parámetros estadísticos analizados que los corticoides tienen mayor eficacia en desaparecer el dolor abdominal en menor tiempo en los pacientes con PHS (media de 1.85,  $p = 0.001$  y magnitud clínica de impacto de 83% en el primer punto de corte y 37% en el segundo punto de corte).

**CUADRO 12:** Finalmente se procedió a evaluar el cuadro de artralgias en los pacientes con PHS, basándonos en el estudio presentado por Weiss en el año 2007 publicado en la Revista Pediatrics, donde nos informa que en un ensayo doble ciego aleatorizado se encontró que el tratamiento precoz con prednisona reduce el dolor abdominal y articular en los niños con dicha patología.

Para poder medir la eficacia de los corticoides en el manejo de las artralgias se procedió a evaluar los mismos parámetros señalados con anterioridad. Podemos notar que los 26 pacientes con PHS no desarrollaron cuadro articular, solamente 16 de ellos (61.5%). 9 fueron tratados con corticoides (56.25%) y 7 con tratamiento convencional (43.7%).

De los pacientes que usaron corticoides, se encontró que al segundo día de iniciado el tratamiento el 55% de ellos tenían resolución de las artralgias, mientras que en el 29% de los pacientes con tratamiento convencional desaparecía dicha sintomatología. En el segundo punto de corte que es a los 4 días de iniciado el tratamiento, en el grupo con corticoides se halló una disminución de las artralgias en la totalidad de los pacientes, mientras que solo el 86% de los pacientes tratados con tratamiento convencional lograron atenuar la sintomatología.

Al aplicar la T- student se halló una media de 1.77 para el grupo de corticoides y de 2.08 para el grupo con tratamiento convencional, notándose que la media en que los pacientes logran no referir dolor a nivel de las articulaciones afectadas es similar en ambos casos, no habiendo diferencia significativa entre ambos tratamientos

Calculando la p estadística en ambas variables, podemos notar que en ambos casos no hay significancia estadística puesto que en ambos grupos la p es mayor a 0.05, quedando la hipótesis nula dentro de los intervalos de confianza. En cuanto a la magnitud clínica de impacto, se observa que a los 2 días es de 26% y en el segundo punto de corte 4 días es de 14%. A pesar de haber hallado una diferencia en la magnitud, no podemos afirmar eficacia superior de los corticoides en relación al tratamiento convencional en el manejo de las artralgias, por tres motivos: 1) Para hablar de eficacia necesitamos una media de días superior en el grupo de corticoides, en este caso la media es similar, 2) Debería haber significancia estadística al aplicar la T- student, la cual no se halla en este caso y 3) La magnitud clínica de impacto por sí sola no es una medida estadística que refuerce la hipótesis alternativa es decir de la diferencia en eficacia. Por lo que en nuestro estudio, no logramos demostrar que los corticoides sean más efectivos que el tratamiento convencional en el manejo de las artralgias.





## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



## CONCLUSIONES:

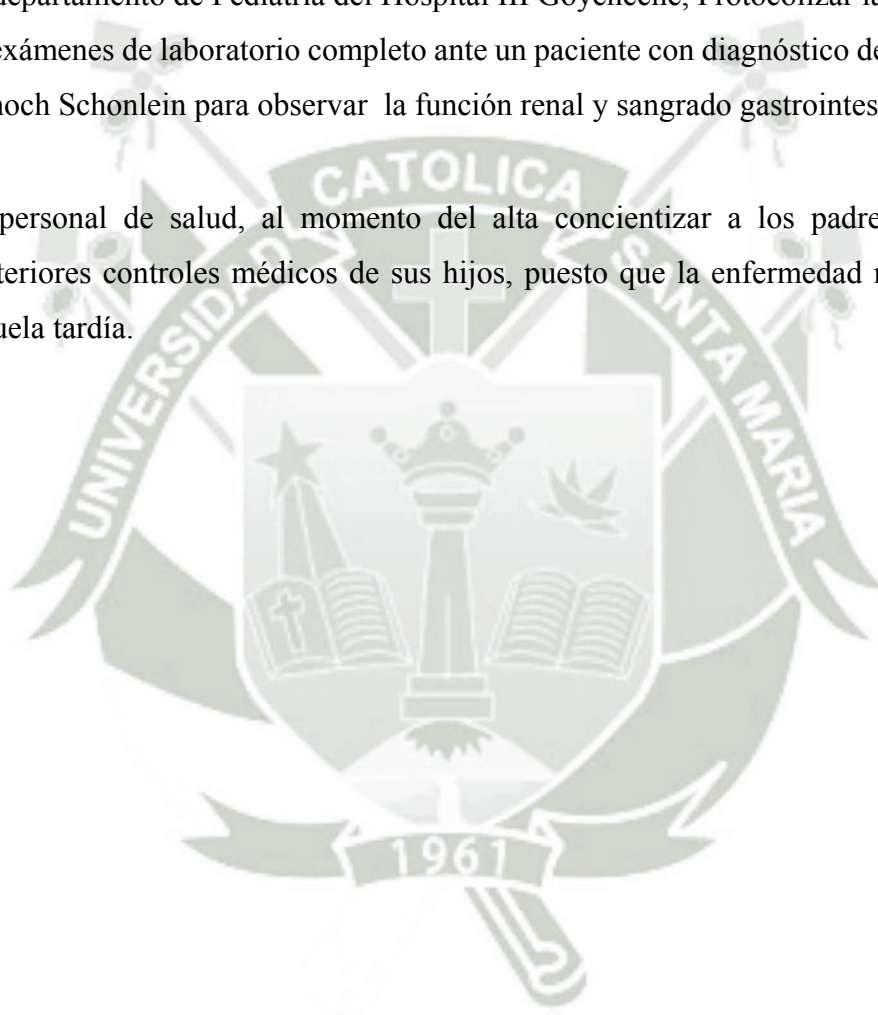
**PRIMERA:** La edad de presentación más frecuente para la Purpura de Henoch Schonlein comprende el grupo etario de 6 a 10 años, 50% (13 de 26) de la población estudiada. El 58% (15/26) de los casos reportados corresponden al sexo femenino. La estación del año que concentra mayor cantidad de pacientes es el invierno con un 38% (10/26) de los casos, encontramos que el factor predisponente más frecuente es la exposición a un agente infeccioso con un 46% (12/26) de los pacientes.

**SEGUNDA:** Se encontró que el 100% de las lesiones dérmicas se presentaron en miembros inferiores. Las artralgias se observa a un predominio a nivel mediana y grandes articulaciones; 54% se presentó a nivel de tobillos, 31% en rodillas, 12% en muñecas y un 8% en codos. El dolor abdominal lo presentaron 24 pacientes (92%), hemorragia digestiva 5 pacientes (19%), náuseas y vómitos 4 pacientes (15%), diarrea 3 pacientes (12%). Se encontró un solo paciente con alteración renal (4%) presentando hematuria.

**TERCERA:** De los 26 pacientes, 13 recibieron tratamiento con corticoides (50%), y la otra mitad recibió tratamiento convencional. En relación a los días de hospitalización se afirma que estadísticamente se encuentra mayor eficacia de los corticoides en reducir el tiempo de hospitalización en comparación al tratamiento convencional (media: 4.92,  $p: 0.020$ , magnitud de impacto de 31% en el primer punto de corte y de 23% en el segundo punto de corte). En cuanto al dolor abdominal se concluyó que los corticoides tienen mayor eficacia en desaparecer el dolor abdominal en menor tiempo (media de 1.85,  $p = 0.001$  y magnitud clínica de impacto de 83% en el primer punto de corte y 37% en el segundo punto de corte). Lo relacionado a artralgias no se pudo afirmar eficacia superior de los corticoides en relación al tratamiento convencional.

## SUGERENCIAS

- A los médicos se sugiere instaurar el uso de corticoides desde el inicio de la hospitalización en pacientes con diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein, para orientar el manejo en las primeras etapas de la enfermedad y mejorar los resultados de los pacientes.
- Al departamento de Pediatría del Hospital III Goyeneche, Protocolizar la realización de exámenes de laboratorio completo ante un paciente con diagnóstico de Purpura de Henoch Schonlein para observar la función renal y sangrado gastrointestinal.
- Al personal de salud, al momento del alta concientizar a los padres sobre los posteriores controles médicos de sus hijos, puesto que la enfermedad renal es una secuela tardía.



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**  
**PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**PROYECTO DE TESIS**

“Valoración terapéutica de la Púrpura de Henoch Schonlein en el Departamento de  
Pediatria del Hospital Goyeneche, Arequipa 2000 – 2012”

**Proyecto de Investigación presentado por:**

**Julio Moscoso Alarcón**

**Para optar el Título Profesional de**

**Médico Cirujano**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2013**



## I. PREAMBULO

La púrpura de Henoch-Schonlein es una vasculitis sistémica no trombocitopénica común en la infancia, caracterizada por la afectación de piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y riñones.

La purpura de Henoch Schonlein representa el 4-8% del total de casos de vasculitis, con una incidencia anual entre 13.5 y 18 casos por cien mil niños. Es una afección fundamentalmente pediátrica, de rara presentación en adultos, en los que el pronóstico es peor. La relación hombre/mujer es de 1 varón por 1.5 a 2 mujeres, predomina en primavera e invierno en el casos de niños y en verano para los adultos.

El desarrollo de múltiples sistemas de predicción de su gravedad ha permitido identificar tempranamente sus complicaciones y esto ha reducido la mortalidad asociada. Sin embargo, su tratamiento poco se ha modificado en las últimas décadas, a pesar de la enorme investigación en el área para disminuir la respuesta inflamatoria asociada.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y además considerando que en la actualidad no existe consenso en varios aspectos del tratamiento ya que se considera el reposo como tratamiento de sostén y la monitorización del paciente como las medidas terapéuticas de elección. Y al haber tenido la oportunidad de ver el diferente comportamiento de esta enfermedad durante mi internado médico es que decidí realizar esta investigación con el propósito de describir el comportamiento clínico-terapéutico de los pacientes con diagnóstico de púrpura de Schonlein-Henoch en nuestro medio.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO:

### 1) PROBLEMA DE INVESTIGACION:

#### 1.1. Enunciado del problema:

¿Determinar la valoración terapéutica de la Purpura de Henoch Schonlein en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo 2000 - 2012?

#### 1.2 Descripción del problema:

##### 1.2.1.- Área de conocimiento:

General: Ciencias de la Salud.

Específica: Medicina Humana.

Especialidad: Pediatría

Línea: Hematología

##### 1.2.2.- Análisis y operacionalización de las variables:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS			
VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos según fecha de nacimiento registrado en Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 – 5 años</li> <li>5 – 10 años</li> <li>10 – 15 años</li> </ul>	Cuantitativa continua
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masculino</li> <li>Femenino</li> </ul>	Categórica nominal
Estación del año		<ul style="list-style-type: none"> <li>Primavera</li> <li>Verano</li> </ul>	Categórica nominal

	Mes de la presentación de la enfermedad indicado en la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otoño</li> <li>• Invierno</li> </ul>	
Factores predisponentes	Antecedente indicado en la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección viral o bacteriana previa</li> <li>• Ingesta previa de Fármacos, alimentos</li> <li>• Colocación previa de vacunas</li> <li>• Antecedente familiar</li> <li>• Otro</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Categórica Nominal
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALORES O CATEGORIAS</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
Ubicación de las lesiones dérmicas	Lugar anatómico donde se presentan las lesiones purpúreas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros inferiores</li> <li>• Miembros superiores</li> <li>• Glúteos</li> <li>• Tronco</li> <li>• Otras áreas</li> <li>•</li> </ul>	Categórica Nominal
Síntomas/signos articulares	Lugar anatómico donde se presenta el compromiso articular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobillos</li> <li>• Rodillas</li> <li>• Muñecas</li> <li>• Codos</li> <li>• Otras articulaciones</li> </ul>	Categórica Nominal
Síntomas/signos digestivos	Manifestaciones digestivas de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Náuseas y/o vómitos</li> <li>• Diarreas</li> </ul>	Categórica Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia digestiva</li> <li>• Otros</li> <li>•</li> </ul>	
Síntomas/ signos renales	Manifestaciones renales de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematuria</li> <li>• Proteinuria</li> </ul>	Categórica Nominal
<b>CARACTERÍSTICAS TERAPEUTICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALORES O CATEGORIAS</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento convencional</li> <li>• Corticoides</li> </ul>	Tratamiento médico indicado en la Historia Clínica	Si / No  Si / No	Categoría Nominal

### 1.2.3.- Interrogantes principales:

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la Purpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyeneche?
- ¿Cuáles son las características clínicas de la Purpura de Henoch Schonlein en el Departamento de Pediatría del Hospital Goyeneche?
- ¿Cuál es la efectividad de los corticoides en el manejo de la Purpura de Henoch Schonlein en relación al tratamiento convencional?

### 1.2.4.- Tipo de investigación:

Es una Investigación descriptiva, relacional retrospectiva

## 1.3 Justificación del Problema

### Relevancia Científica:

Es conveniente referir que este abordaje es algo limitado en el área de enfermedad vascular en pediatría en nuestro medio, debido a la falta de ensayos grandes aleatorizados controlados.



Investigaciones de posición sobre la práctica clínica, como éste, están diseñados para educar y guiar a los médicos en la toma de decisiones de atención de pacientes. Estos lineamientos intentan resumir la mejor información disponible y describir la mejor práctica clínica.

**Relevancia Social:**

La Púrpura de Henoch Schonlein es una de las vasculitis más comunes en la infancia, afecta frecuentemente al grupo etario comprendido entre los dos y seis años, aunque puede presentarse en niños mayores e incluso en adultos. La disminución de la calidad de vida a consecuencia del mal manejo de esta enfermedad al no ser correctamente diagnosticada y tratada, convierten a este estudio un problema de gran relevancia social, por lo que es de suma importancia el poder identificar la variación, en nuestra población, de los factores de riesgo, para así poder evitar o en su defecto disminuir la ocurrencia de estas complicaciones de la enfermedad.

**Originalidad:**

El presente estudio se realiza con el fin de tener una base de datos para poder catalogar los factores de riesgo relacionados a la Purpura de Henoch Schonlein en los niños en los que se encuentra variación en las manifestaciones clínicas y evolución de esta enfermedad. A pesar de los avances en el diagnóstico temprano de la purpura de Henoch Schonlein, así como la detección oportuna, predicción de complicaciones y el valor pronóstico de estos pacientes existe todavía controversia en lo referente al abordaje más apropiado para el paciente para disminuir las complicaciones locales y sistémicas.

Es así que se realiza el presente estudio ya que no se cuenta con estudios similares en nuestra población



**Factibilidad:**

En lo referente a la factibilidad económica, este estudio es largamente superior en el beneficio con respecto al costo, ya que la información será obtenida mediante revisión de base de datos ya creada así como de historias clínicas.

No existe la menor duda que el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario constituye la piedra angular para el éxito en la toma de decisiones, considerándose de manera muy importante las contribuciones y las evidencias de los ensayos clínicos que han marcado la pauta en el manejo integral de esta enfermedad por lo que es de importancia este trabajo para una mejor valoración de la purpura de Henoch Schonlein.

**2.MARCO CONCEPTUAL:****2.1 Introducción**

La Púrpura de Schonlein Henoch (PSH) es una de las vasculitis más comunes en la infancia, afecta frecuentemente al grupo etario comprendido entre los dos y seis años, aunque puede presentarse en niños mayores e incluso en adultos. En 1802 William Heberden publicó el caso de un niño de cinco años con edema, artralgias, hematuria, dolor abdominal acompañado de melena y pápulas en sus miembros inferiores. Años más tarde, en 1837, Johann Schönlein describe la asociación de artralgia y púrpura. Su discípulo Eduard Henoch fue quien reconoció el compromiso intestinal y posteriormente el renal como parte de este síndrome. A partir de ahí toma el nombre de Púrpura de Schönlein-Henoch (11).

## 2.2 Epidemiología e Incidencia

La PSH presenta una incidencia en niños de 10.22 /100.000 por año. Más del 90% de los casos reportados son pacientes pediátricos menores de diez años, con un pico de incidencia a los seis años de edad (5).(22).

La PSH se presenta como un cuadro leve en los lactantes y niños menores de dos años y de forma más grave en adultos, con riesgo mayor de causar enfermedad renal a largo plazo (5). En relación a este punto hay un artículo de la revista *Pediatric Neonatology*: "Clinical Manifestations and Outcomes of Henoch-Schönlein Purpura: Comparison between Adults and Children" de Shih-Pin Hung y col, pertenecientes al Department of Pediatrics, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan y al Department of Pediatrics, Cathay General Hospital, Taipei, Taiwan. Este estudio retrospectivo de cinco años tuvo como objetivo comparar las diferencias, en relación a la epidemiología, parámetros clínicos y datos de laboratorio, entre niños y adultos con PSH en Taiwan. También, analizó los factores asociados al mal pronóstico de la nefritis por PSH. En dicho trabajo se expresa una incidencia en adultos de 1.3/100.000, con una media de cincuenta años. Todos los pacientes en ambos grupos presentaron púrpura palpable, que involucraba el tronco y las extremidades superiores en aproximadamente el 50% de los pacientes. La hematuria macroscópica y el edema de miembros inferiores fueron más frecuentes en el adulto. Alrededor de un tercio de los niños, pero ninguno de los adultos, sufrieron sinusitis. Los pacientes del grupo pediátrico presentaron con mayor frecuencia dolor abdominal, antes que apareciera la erupción púrpura. El intervalo entre la aparición del dolor abdominal y

la erupción cutánea purpúrica, podría ser tan extenso como veintiún días (rango 1-21 días, media  $8,31 \pm 5,52$  días). Todos los pacientes en el grupo infantil desarrollaron hematuria a las dos semanas (33% en la primera semana y 67% en la segunda), mientras que este intervalo puede ser de hasta cinco semanas en los adultos (34% dentro de dos semanas y el 67% durante la quinta semana). La frecuencia de hematuria grave y edema de extremidades inferiores, también fue significativamente mayor en pacientes adultos que en niños.

En cuanto a la comparación de los resultados de laboratorio observaron una frecuencia elevada de glóbulos blancos (recuento de leucocitos  $>11.000/\text{mm}^3$ ), significativamente mayor en el grupo pediátrico. La cantidad de pacientes que presentaron compromiso fue de catorce (21,54%) en el grupo pediátrico. Doce de ellos presentaron hematuria aislada y/o proteinuria, mientras que sólo dos pacientes un síndrome nefrótico. Sin embargo, todos los pacientes de este grupo tuvieron función renal normal. En cambio, doce pacientes del grupo adulto (52,6%) presentaron afectación renal, seis de ellos con insuficiencia (tres presentaron IR sumada a proteinuria y hematuria y los otros tres IR junto con síndrome nefrótico). Los pacientes con dolor abdominal en el inicio de la enfermedad, tuvieron una probabilidad mayor de desarrollar el síndrome nefrótico. Este estudio, reveló que la edad  $>20$  años, género masculino, heces con sangre, erupción cutánea persistente (definida como la erupción de purpúricas que persiste más de un mes) y las recaídas de los síntomas eran pobres indicadores pronósticos para la nefritis HSP. Todos los pacientes con PSH presentaron erupción purpúrica como síntoma más común de inicio, tanto en adultos como en niños. Sin embargo, el dolor abdominal se presentó como el síntoma previo a la púrpura más común en los niños. Ninguno de los pacientes



tenía nefritis antes de la aparición de la púrpura. La frecuencia de afectación gastrointestinal fue más común en los niños de este estudio, pero García-Porrúa y col informaron que las manifestaciones gastrointestinales fueron similares en ambos grupos etarios.

Este estudio también encontró que en los adultos con nefritis HSP, frecuentemente se presenta con síntomas después del mes de iniciada la actividad HSP, mientras que en los pacientes pediátricos sucede dentro de las dos semanas de comenzado el cuadro. A pesar de la presencia de orinas normales, se sugiere el seguimiento de por lo menos seis meses principalmente en los adultos, por la predisposición a padecer complicaciones renales. El riesgo de progresión de la enfermedad a la insuficiencia renal osciló entre 5-15% en los niños y fue de aproximadamente el 30% en adultos.

El riesgo de insuficiencia renal es doce veces mayor, si la presentación inicial se complica por el síndrome nefrítico o nefrótico, en lugar de sólo una orina patológica. Además, el 19% de los adultos presentó graves manifestaciones renales, el 13% desarrolló insuficiencia renal y el 10% de ellos requirió hemodiálisis. En oposición, el paciente pediátrico generalmente presenta una recuperación completa. Los pacientes con dolor abdominal como síntoma inicial de la enfermedad, tenían una probabilidad significativamente mayor de desarrollar el síndrome nefrótico y la erupción cutánea persistente es un indicador de mal pronóstico para la nefritis HSP.

### **2.3 Fisiopatología**

En los pacientes con PSH, los complejos de inmunoglobulina A (IgA) se depositan en los pequeños vasos generando la clínica característica, petequias y púrpura palpable. Cuando



estos complejos autoinmunes se depositan en los pequeños vasos de la pared intestinal, desencadenan hemorragias que pueden ir de leve a severa. Si esto mismo ocurre en los vasos del mesangio renal puede producir glomerulonefritis.

La exposición a un antígeno, generalmente secundario a una infección, medicamentos u otros factores ambientales puede desencadenar la formación de anticuerpos e inmunocomplejos. De los gérmenes, el estreptococo del grupo A es el que frecuentemente ha sido encontrado en más del 30% de los niños con nefritis secundaria a PSH; los títulos de anticuerpos antiestreptolisina O tienen más probabilidades de ser positivos en pacientes con PSH y nefritis (22).

Recientemente, se encontró un receptor de plasmina asociado a la nefritis (NAPlr) al que se le uniría un antígeno de estreptococo, ubicado en el mesangio glomerular de los niños con nefritis por PSH (24). Estos datos sugieren la participación del agente infeccioso en la iniciación y/o evolución del cuadro.

Otros agentes infecciosos desencadenantes son: Parvovirus B19, *Bartonella henselae*, *Helicobacter pylori*, *Parainfluenza*, *Coxsackie*, Adenovirus, la Hepatitis A y B, Micoplasmas, Virus de Epstein-Barr, Varicela, *Campylobacter*.

Los complejos de IgA se forman y se depositan en la piel, intestino y glomérulos, provocando una respuesta inflamatoria localizada. La vasculitis leucocitoclástica se desarrollará posteriormente, con la necrosis de los vasos de calibre pequeño. Normalmente la IgA se encuentra en suero y secreciones mucosas, tiene dos isotipos: IgA1 y IgA2. En la mucosa la IgA es IgA2 con un 60% en forma polimérica, mientras que en suero es IgA1 y el 90% monomérica.

En la PSH los complejos se forman con IgA1 poliméricos. Una forma anormal de la IgA1 conocida como Gal-d IgA1 (refiriéndose a una deficiencia de galactosa de la O-enlazados glicanos en la región bisagra de IgA1) ha sido identificada altamente en la nefritis por HSP nefritis en comparación con HSP sin nefritis (10).

En cuanto al mecanismo fisiopatológico, Yao-Hsu Yang y col del National Taiwan University Hospital(3), proponen cuatro hipótesis que pueden ser desencadenadas por infecciones.

En primer lugar, la hipótesis del mimetismo molecular, es decir, los microbios pueden compartir epítomos con los de los pequeños vasos sanguíneos de los humanos. Al invadir estos patógenos el cuerpo humano se desencadenaría, a raíz de una reacción cruzada, una respuesta inflamatoria humoral y celular en los pequeños vasos. En segundo lugar, la hipótesis de activación "bystander", donde los patógenos al generar inflamación inespecífica y daño celular, pondrían al descubierto antígenos que habitualmente no están expuestos al sistema inmunológico. Tercero, se postula la hipótesis de autoalteración, donde los agentes infecciosos interactúan con las proteínas de los vasos, generando nuevos antígenos que activarían la reacción inflamatoria. Por último, la cuarta hipótesis es la que postula la presencia de superantígenos, donde algunas bacterias y virus se transforman en superantígenos, sin la necesidad de procesamiento y presentación por células presentadoras, interactuando directamente con las células T.

Es probable que no haya un único patógeno que pueda desarrollar una PSH y que muchos microbios pueden desencadenar una vía común para inducir la inflamación de los pequeños vasos.

Para aquellos individuos con un perfil genético específico, la introducción de microbios a través de la mucosa de las vías respiratorias, puede activar un subgrupo de células T que a través de las células presentadoras de antígenos, tomarían los microorganismos y/o sus antígenos y migrarían al tejido linfoide localizado en el que presentan epítomos de células T CD4 +. Desde allí un subconjunto de TGF- $\beta$  que secretan las células T CD4 + estimulan la proliferación de las células TH3, las que posteriormente activan las células B. Las células B activadas reconocen el mismo antígeno e inducen la diferenciación a células productoras de IgA, aumentando los niveles de IgA sérica. Algunos anticuerpos circulantes IgA presentan una reacción cruzada con las células endoteliales (IgA AECA) y dañan las células mediante la activación de la vía alterna del complemento; también pueden estimular directamente las células endoteliales para producir IL-8, que recluta y activa los neutrófilos para causar aún más daño en las células endoteliales, a través de metabolitos directos como el oxígeno reactivo y proteasas de gránulos. El objetivo de este trabajo fue proporcionar una perspectiva adicional sobre el mosaico de la autoinmunidad.

## 2.4 Clínica

La aparición de púrpura palpable, dolor abdominal y artritis pueden presentarse en cualquier orden, aunque el dolor abdominal y la artritis no están universalmente presentes. La progresión de los síntomas puede darse en el transcurso de días o en forma insidiosa en semanas (17). Estos síntomas pueden acompañarse de fatiga y fiebre. Todos los pacientes con PSH desarrollan una erupción, que comienza con pápulas eritematosas no pruriginosas o urticaria que evoluciona a púrpura palpable. La púrpura se define como hemorragias cutáneas mayores a 10 mm de diámetro, que no



desaparecen a la vitropresión. El cambio de color en las lesiones antes de desaparecer, puede llevar un período de aproximadamente diez días. La erupción se localiza generalmente en las zonas de declive o de mayor presión, tales como las extremidades inferiores, las nalgas y en la superficie extensora de las extremidades. La artritis no migratoria ocurre en el 75 % de los pacientes con PSH, comprometiendo rodillas, tobillos y más comúnmente las pequeñas articulaciones. Los síntomas de la artritis incluyen inflamación, calor y limitación en la movilidad. Estos síntomas son transitorios, no dejan deformidad y puede preceder a la púrpura en un 15 a 25 % (23).(18).

El dolor abdominal ocurre en 60-65% de los pacientes, puede simular un dolor abdominal agudo confundiendo con cuadro de apendicitis (2). El dolor es típicamente cólico, se produce alrededor de una semana después de la aparición de la erupción. Los vómitos y la hemorragia gastrointestinal (oculta y manifiesta) se desarrollan en un 30% (4). Es poco común que la hemorragia se presente en forma severa, pero de serlo requerirá estudios de mayor complejidad para su valoración.

También puede presentarse con un hematoma mural con riesgo de invaginación (4). La enfermedad renal es la secuela más grave, ocurre en un 40 a 50% (21). Aunque la muerte por PSH es rara, la enfermedad renal es la principal causa de muerte en estos pacientes. El riesgo de padecer compromiso renal es superior en: mayores de diez años, aquellos con púrpura persistente, dolor abdominal severo o episodios recidivantes (12).

A diferencia del dolor abdominal o de la artritis, que puede preceder a la erupción, la enfermedad renal es una secuela tardía. Por lo general comienza dentro del primer mes y rara vez se produce más de seis meses después de la enfermedad (2). Los signos de



compromiso renal son: hematuria microscópica y proteinuria. La enfermedad renal suele remitir de forma espontánea en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, la glomerulonefritis progresiva puede desarrollarse en los pacientes con proteinuria persistente.

## 2.5 Diagnóstico

No existe ninguna prueba definitiva para realizar el diagnóstico de PSH, el mismo es clínico y debe sospecharse en aquellos pacientes que presentan la tríada clásica: púrpura palpable no trombocitopénica, dolor abdominal y artritis.

La biopsia es útil para descartar otros diagnósticos. En la PSH es útil para mostrar la característica vasculitis leucocitoclástica y los depósitos de IgA.

La biopsia renal mostrará una glomerulonefritis membranoproliferativa similar a la nefropatía por IgA (13). En 1990 [\(10\)](#), el Colegio Americano de Reumatología definió los criterios definidos para el diagnóstico de PSH.

Para realizar el diagnóstico se requería la presencia de dos de las cuatro características. Tuvo una sensibilidad de diagnóstico de 87,1% y una especificidad del 87,7%.

Dichos criterios fueron: pacientes de 20 años o menores, púrpura palpable sin trombocitopenia, compromiso intestinal de tipo difuso o diagnóstico de isquemia intestinal, cambios histológicos que mostraran granulocitos en las paredes de las pequeñas arteriolas y vénulas (vasculitis leucocitoclástica).

En 2005, se publicó The International Consensus Conference realizado en Viena, donde se adaptaron los criterios diagnósticos a la población pediátrica. Los mismos quedaron definidos por: púrpura palpable como característica obligatoria, acompañado de dolor abdominal, artritis, compromiso renal y biopsia que muestre los depósitos de IgA. Se eliminó el criterio de edad. Estos criterios han sido aceptados por las organizaciones de expertos, pero aún se espera la validación en los ensayos clínicos.

En 2009, se publicó en la revista Clinical Rheumatology (9) un estudio longitudinal de la microvascularización, estudiada por capilaroscopia en chicos con PSH, con el objetivo de describir por la participación de la microvasculatura y los cambios capilares en los niños con PSH, intentando establecer una relación con la clínica. Para ello evaluaron treinta y un pacientes que padecían PSH con videomicroscopia durante la fase aguda y después de seis meses comparados con un grupo control. Se observaron anomalías morfológicas así como la desorganización en un alto porcentaje. El edema fue una constante y las macrohemorragias sólo se encontraron en tres niños.

Las características capilaroscópicas (cambios en la arquitectura y morfología) en fase aguda, fueron estadísticamente significativas en comparación con los controles sanos, aunque no fue posible revelar un patrón específico para PSH. La normalización de las anomalías vistas en la capilaroscopia fueron resueltas después de seis meses, pero todavía persistía el edema en más de la mitad de los pacientes. Este dato podría apoyar la observación anterior de Martino y col (20), que confirma que las alteraciones observadas en la microangiopática durante la fase aguda, no presentan resolución a pesar de la remisión clínica. No obstante, la presencia de un edema leve en los niños sanos, podría sugerir que este es uno de los signos de los capilares en proceso de maduración. La

evaluación del edema es todavía controvertida y hasta el momento no se ha logrado un acuerdo en el análisis de este parámetro.

La capilaroscopia puede ser una herramienta simple para evaluar anomalías micro vasculares en la fase aguda de PSH y la persistencia de edema podría sugerir una enfermedad en resolución incompleta, demostrado a nivel micro vascular.

## **2.6 Laboratorio**

Los estudios de laboratorio complementan la clínica y permiten evaluar riesgo de complicaciones y seguimiento.

Los estudios básicos incluyen: hemograma completo con recuento de plaquetas, pruebas de función renal, análisis de orina, coagulograma y dosaje de los niveles de IgA (26).(4).(19), acompañados de exudado de fauces o dosaje de antistreptolisina-O, sangre oculta en materia fecal y biopsia de piel.

Los estudios de imagen no se realizan de forma rutinaria en la evaluación de la PSH. Cuando el compromiso intestinal es severo, tal vez pueda ser necesario recurrir a la arteriografía o la endoscopia para evaluación del cuadro.

Ante los cuadros de dolor abdominal importante puede requerirse una ecografía abdominal o una tomografía computarizada y si se piensa en un cuadro de invaginación intestinal, puede utilizarse el enema de bario (15).



## 2.7 Tratamiento

Dado que la PSH resuelve espontáneamente en el 94% de los niños, sólo se realiza tratamiento de sostén. El mismo consiste en reposo y analgesia en caso de dolor abdominal o artralgias (13). Los AINEs pueden agravar los síntomas gastrointestinales y deben evitarse en pacientes con conocida afectación renal.

El reposo relativo y la elevación de las extremidades afectadas durante la fase aguda de la enfermedad, pueden ayudar a prevenir la púrpura. Los pacientes deben ser informados sobre la posibilidad, que pueden presentar púrpura recurrente al aumentar su nivel de actividad. La hospitalización puede estar indicada, cuando no se cuenta con un adecuado control ambulatorio, ante la presencia de edema y dolor escrotal o de cuero cabelludo, deshidratación, hemorragia, dolor abdominal o cuando hay compromiso renal importante con insuficiencia significativa.

El tratamiento temprano con esteroides es el más apropiado para los niños con afectación renal o síntomas graves. La administración de prednisona oral de 1 a 2 mg por kg al día durante dos semanas, se ha utilizado para tratar el dolor abdominal de moderado a grave, el compromiso articular importante y para acelerar la resolución de la PSH en niños.

Un ensayo doble ciego aleatorizado halló que el tratamiento precoz con prednisona, reduce el dolor abdominal y articular en los niños. Aunque la prednisona no previene la enfermedad renal, fue útil en el tratamiento de la misma después que esta comenzó (25).

En meta-análisis publicado en Pediatrics 2007 (27), se encontró que los corticosteroides

utilizados en niños con PSH, redujeron la media de tiempo de resolución del dolor abdominal y disminuyeron las probabilidades de desarrollar enfermedad renal persistente. Esta terapéutica no afecta a la resolución de la púrpura (27).

El tratamiento temprano y agresivo se recomienda para niños y adultos con insuficiencia renal grave (25).(22).(18). Las opciones de tratamiento incluyen esteroides a dosis altas con inmunosupresores, altas dosis de inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis y trasplante renal.

### 3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. EN EL ÁMBITO LOCAL:

#### **1.- Características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales en pacientes con púrpura de Henoch Schonlein en el H.R.H.D.E Minsa- Arequipa del 1 de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2010**

**Autor:** Valdez Viladegut, Joaquín Sebastián

Médico Cirujano, Arequipa, Perú

#### **Conclusiones:**

En este estudio descriptivo de 42 historias de pacientes en edad infantil, escolar y adolescentes diagnosticados con Púrpura de Henoch Schonlein, hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo del 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2010, se concluye:

**Primero:** Se halló un promedio de 4.2 casos por año con una desviación estándar de 1.81. Habiendo predominancia con respecto a las estaciones frías del año. La mayoría de los casos se presentaron en niñas de 4 a 8 años. Cerca de la mitad de los pacientes no

presentaron antecedentes predisponentes. Entre los que sí lo presentan, el más importante fue el de una infección respiratoria previa.

**Segundo:** El cuadro clínico que predominó fue el de petequias, equimosis, dolor articular, dolor abdominal y edemas. La hematuria, aunque menos frecuente, fue significativa.

**Tercero:** Ningún paciente mostró trombocitopenia. Hubieron pocos casos de anemia. El conteo de los leucocitos fue normal en la mayoría de los casos. La alteración renal más frecuente es la presencia de hematuria microscópica con o sin proteinuria. Los perfiles bioquímicos no fueron necesarios en la mayoría de los casos, y en los que sí, mostraron resultados contradictorios. Los exámenes de laboratorio en estos pacientes no son orientadores en la mayoría de los casos.

### **3.2. EN EL ÁMBITO NACIONAL:**

#### **1.- Púrpura de Henoch-Schönlein: epidemiología, clínica y seguimiento por cinco años en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 1995-1999**

**Autor:** Lourdes Ángeles<sup>1</sup>, Rosalía Ballona

Médico Dermatóloga Clínica Ricardo Palma - Sede Chorrillos

Jefa del Servicio de Dermatología del Instituto Especializado de Salud del Niño.

Profesora Auxiliar de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

#### **RESUMEN**

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de la púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) en pacientes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN), durante el periodo 1995-1999.



**Material y métodos:** Estudio transversal retrospectivo. Se seleccionaron las historias de pacientes entre 2 y 17 años, hospitalizados con diagnóstico de PHS, que cumplieran con los criterios. Se excluía a todo paciente que hubiera presentado patologías previas con vasculitis o durante el curso de su enfermedad. Los datos obtenidos fueron procesados por SPSS versión 13 y Microsoft Excel 2003.

**Resultados:** Se estudiaron 49 niños, 71% mujeres y 29% varones, el rango de edades fue de 2 a 16 años (media  $6.2 \pm 3.3$ ), el grupo etario más afectado fue el escolar (63%), seguido del preescolar (33%). Se identificó como posible factor desencadenante la infección de vías respiratorias altas en 14 pacientes (29%), de los cuales sólo uno registró ingesta previa de fármacos. El número de casos de PHS fue mayor en invierno con un 43%. Se observó compromiso cutáneo (100%), articular (63%), digestivo (53%) y renal (20%). El signo de púrpura palpable se encontró en todos los pacientes y los miembros inferiores fueron los más afectados (98%). El patrón articular más frecuente fue el oligoarticular.

A nivel gastrointestinal el dolor abdominal fue el signo de mayor presentación (49%), y la afección renal se presentó en un 20%, más frecuentemente con microhematuria. No existió uniformidad en la solicitud de los exámenes auxiliares de laboratorio. Se realizó biopsia de piel en nueve pacientes, encontrándose vasculitis leucocitoclástica en seis de ellos. La inmunofluorescencia directa, realizada en cinco pacientes, fue negativa. Se registraron controles posteriores al alta en solo el 31% de pacientes, de los cuales el 8% registró recurrencia.

**Conclusiones:** La clínica de la PHS se caracteriza por compromiso cutáneo, articular, digestivo y renal. La púrpura palpable es la manifestación más importante y constituiría el criterio clínico sine qua non para sospechar o establecer el diagnóstico. El pronóstico

de la PHS en el presente estudio es aún incierto, ya que no se cuenta con registro de seguimiento suficiente para poder determinarlo.

### **3.3. EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL:**

#### **1.- Efectos De Corticosteroides En La Púrpura De Henoch-Schonlein: Una Revisión**

##### **Sistemática**

**Autor:** Pamela F. Weiss, MD<sup>a,b,c</sup>, James A. Feinstein, MD<sup>c</sup>, Xianqun Luan, MS<sup>d</sup>,  
Jon M. Burnham, MD, MSCE<sup>a,b,c</sup>, Chris Feudtner, MD, PhD, MPH<sup>b,c,e</sup>  
<sup>a</sup>Division of Rheumatology, <sup>c</sup>Pediatric Generalist Research Group, Division  
of General Pediatrics, and <sup>d</sup>Division of Biostatistics, Children's Hospital of  
Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania

##### **RESUMEN**

No existe consenso entre los pediatras generales o reumatólogos pediátricos con respecto a si la terapia con corticosteroides alivia las manifestaciones agudas de la púrpura de Henoch-Schonlein o mitiga la lesión renal. Por lo tanto, se buscó datos reportados experimentales y de observación con respecto al uso de corticosteroides en esta enfermedad.

**METODO.** Se realizó un meta-análisis basado en una revisión exhaustiva de la literatura en la base de datos Medline (1956 hasta enero 2007) y Cochrane el Registro de Ensayos Controlados. Sobre la base de los resultados informados en los pacientes con púrpura de Henoch-Schonlein que fueron tratados con corticosteroides al momento del diagnóstico en comparación con los pacientes tratados con la atención de apoyo solamente, se calcularon las odds, coeficientes de la resolución del dolor abdominal, la necesidad de una intervención quirúrgica secundaria al dolor severo o intususcepción, la probabilidad de recurrencia de la púrpura de Henoch-Schonlein, y el

desarrollo de enfermedad renal transitoria o persistente.

**RESULTADOS.** De 201 artículos obtenidos en la búsqueda bibliográfica inicial, 15 fueron elegibles para la inclusión. El tratamiento con corticosteroides no redujo el tiempo medio de resolución de la enfermedad pero redujo significativamente el tiempo de resolución media del dolor abdominal y aumentó las probabilidades de resolución dentro de las 24 horas. El tratamiento temprano con corticosteroides reduce significativamente las probabilidades de desarrollar enfermedad renal persistente.

Además, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, los datos prospectivos sugieren reducción de las probabilidades de ambos intervención quirúrgica y recurrencia.

**CONCLUSIONES.** Los corticosteroides, administrados desde temprano en el curso de la enfermedad, parece producir beneficios consistentes para varios de los principales resultados clínicos de la púrpura de Henoch-Schönlein.

## **2.- Aspectos clínico-terapéuticos de la púrpura de Schönlein- Henoch**

**Autor:** Dra. Janet Leonor Zamora Odio<sup>1</sup> y Dr. Luis Alberto Solar Salaverri

Hospital Pediátrico Universitario de Centro Habana

Rev Cubana Pediatr. 2007;79

### **RESUMEN**

La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis más común en la infancia y su diagnóstico es mayormente clínico. Describimos el comportamiento de esta enfermedad según variables clínicoterapéuticas.

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch en un período de 4 años. Se utilizó como fuente de información las historias clínicas y se confeccionó una guía de recolección de



información que contenía las variables estudiadas. La afección fue más frecuente en el grupo etario de 5 a 9 años. El 50 % de los pacientes padeció infecciones virales antes del comienzo de la enfermedad. En la mayoría de ellos se encontró la tríada clásica de *rash*, dolor abdominal y artritis. El 95,3 % de los pacientes tuvo una evolución satisfactoria con tratamiento sintomático.

Se plantea que el antecedente más frecuente en esta enfermedad son las infecciones, principalmente de tipo respiratorio, que se reporta hasta en el 40,5 % de los casos.

Nuestros resultados coinciden francamente con estos reportes, pues vemos que el 75 % del total de niños que padecieron la enfermedad estuvo afectado por una infección viral o bacteriana previa o por enfermedades alérgicas.

En la mayoría de nuestros pacientes se presenta la tríada clásica de dolor abdominal, lesiones purpúricas y afectación articular, con menor frecuencia para otras manifestaciones clínicas, lo cual coincide con los datos documentados en la literatura.

Atendiendo a los exámenes complementarios, en la literatura consultada, se reportan alteraciones en el leucograma, fundamentalmente leucocitosis; no hay reportes de cambios en la eritrosedimentación. Nuestros resultados muestran que en el 20,83 % de los pacientes se alteró el resultado de esta variable. Es válido señalar que en las historias revisadas no se encontró que se hubiera realizado cuantificación de IgA. El ultrasonido abdominal no arrojó datos positivos en los pacientes estudiados; sin embargo, se reporta en la literatura que el ultrasonido resulta de interés, sobre todo porque permite descartar la posibilidad de un cuadro abdominal agudo, como podría ser la invaginación intestinal. Nuestros resultados coinciden con otros que se reportan en la literatura, según los cuales estos pacientes evolucionan generalmente de forma satisfactoria.

El uso de tratamientos de sostén, fundamentalmente el reposo y medidas generales, se reportan como las principales medidas en el tratamiento en esta enfermedad. El uso de esteroides se aconseja en los pacientes con complicaciones renales. De manera general, el tratamiento de esta enfermedad es conservador e individualizado.

#### **4.- OBJETIVOS**

1. Determinar las características epidemiológicas de la Purpura de Henoch Schonlein en el departamento de pediatría del Hospital III Goyeneche.
- 2 Describir la presentación clínica de la Purpura de Henoch Schonlein en pacientes pediátricos atendidos en el Hospitales Goyeneche en el periodo comprendido entre los años 2000 - 2012
- 3 Evaluar la eficacia de los corticoides en relación al tratamiento convencional en los pacientes pediátricos con el diagnostico de Purpura de Henoch Schonlein atendidos en el Hospital Goyeneche

#### **5.- HIPOTESIS**

Por ser un estudio descriptivo no requiere Hipótesis

### **III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. Técnicas, Instrumentos y materiales de verificación.**

##### ***1.1. LA TÉCNICA:***

Se utilizará la observación documental para recoger la información de los casos según se indica:

VARIABLE	INDICADOR	TECNICA
Edad	Años cumplidos según fecha de nacimiento	Observación Documental
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	
Estación del año	Mes de la presentación de la enfermedad indicado en la Historia Clínica	
Factores predisponentes	Antecedente indicado en la Historia Clínica	
Ubicación de las lesiones dérmicas	Lugar anatómico donde se presentan las lesiones purpúreas	
Síntomas/signos articulares	Lugar anatómico donde se presenta el compromiso articular	
Síntomas/signos digestivos	Manifestaciones digestivas de la enfermedad	
Síntomas/ signos renales	Manifestaciones renales de la enfermedad	
Tratamiento convencional Corticoides	Tratamiento médico indicado en la Historia Clínica	

### DESCRIPCION DE LA TECNICA

Una vez seleccionada las unidades de estudio, la técnica implicara:

- Se observara las características epidemiológicas de la Purpura de Henoch Schonlein
- Se observara las características clínicas de la Purpura de Henoch Schonlein
- Se observara el manejo terapéutico de la Purpura de Henoch Schonlein



## 2. INSTRUMENTO:

### INTRUMENTO DOCUMENTAL

Se empleara una ficha de recolección de datos adaptado a las variable y sus indicadores.

Su estructura es:

VARIABLE	INDICADOR	ITEM
Edad	Años cumplidos según fecha de nacimiento	1
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	1
Estación del año	Mes de la presentación de la enfermedad indicado en la Historia Clínica	1
Factores predisponentes	Antecedente indicado en la Historia Clínica	1
Ubicación de las lesiones dérmicas	Lugar anatómico donde se presentan las lesiones purpúreas	2
Síntomas/signos articulares	Lugar anatómico donde se presenta el compromiso articular	2
Síntomas/signos digestivos	Manifestaciones digestivas de la enfermedad	2
Síntomas/ signos renales	Manifestaciones renales de la enfermedad	2
Tratamiento convencional Corticoides	Tratamiento médico indicado en la Historia Clínica	3

El modelo del instrumento documental o ficha de observación documental, figurara en el Anexo 1.

## INTRUMENTO TECNICO

Computadora Pentium IV, con los programas Excel 2010, SPSS 20.0.0 para Windows

Vista y servicio de internet

## 3 MATERIALES

Documentos: Cuaderno de ingresos y altas del servicio de Pediatría y Número de Historias Clínicas sacadas del servicio de estadística con el Diagnostico de Purpura de Henoch Schonelin del Hospital III Goyeneche.

### 4. Campo de verificación

**4.1. Ubicación espacial:** La información para la elaboración del presente estudio se obtendrá mediante la recolección de la información, observación directa de las historias clínicas del Hospital Goyeneche de Arequipa.

#### 4.2. Ubicación temporal:

- **Cronológica:** La investigación implicara un periodo de observación del 2000-2012
- **Visión temporal:** Retrospectiva.
- **Corte Temporal:** Transversal.

#### 4.3. Unidades de estudio:

- **Universo:** Toda la población pediátrica (0-15 años)
- **Población blanco:** Todos aquellos que presentaron Purpura de Henoch Schonlein
- **Población accesible:** Todos aquellos que fueron hospitalizados en el Hospital III Goyeneche de Arequipa

- **Muestra:** Se tomara aquellos pacientes que cumplan con los siguiente criterios de elegibilidad

***Criterios de inclusión:***

2. Historias clínicas de Pacientes pediátricos con diagnóstico clínico laboratorial de purpura de Henoch Schonlein.

***Criterios de exclusión:***

4. Historias de pacientes con vasculitis previas.
5. Historia clínicas incompletas
6. Paciente fugado.

## **5.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **5.1.Organización:**

- ◆ Autorización del Director del Hospital III Goyeneche y los respectivos jefes de los servicios de Pediatría y Estadística.
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.
- ◆ Se utilizara como instrumento una Ficha por cada paciente que contenga los diferentes Items a estudiar (anexo 1)

### **5.2. Recursos:**

- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en cada servicio.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor.



## 5.2. Validación del instrumento

Por ser un estudio descriptivo no requiere de validación del instrumento

## 6. Criterios o estrategias para manejar resultados:

Se creará una base de datos en Excel 2010, y método estadístico SPSS 20.0.0. Se realizará un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentarán en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en números absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

Para valorar la eficacia terapéutica de los corticoides en relación con el tratamiento convencional de la púrpura de Henoch Schönlein, se usará la prueba estadística de T de Student para variables independientes a través de la cual determinaremos la asociación significativa ( $P \leq 0.05$ ) rechazando o aceptando la hipótesis establecida.

## IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	<b>Octubre 2012</b>	<b>Noviembre 2012</b>	<b>Diciembre 2012</b>	<b>Enero 2013</b>
<b>Búsqueda de bibliografía</b>	X			
<b>Elaboración del Plan de tesis</b>	X			
<b>Aprobación del Plan de tesis</b>	X	X	X	
<b>Ejecución e Informe final</b>		X	X	X

## V. BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN AC, Willis FR, Beattie TJ y Feehally J. *Abnormal IgA glycosylation in Henoch-Schönlein purpura restricted to patients with clinical nephritis*. Nephrol Dial Transplant; 13 (4): 930–934. 2007
2. BAILEY M, Chapin W, Licht H y Reynolds JC. *The effects of vasculitis on the gastrointestinal tract and liver*. Gastroenterol Clin North Am; 27 (4): 747-782. 1998
3. CALVIÑO MC y col. *Henoch-Schönlein purpura in children from northwestern Spain: a 20-years epidemiologic and clinical study*. Medicine; 80 (5): 279-290. 2001
4. FERVENZA FC. *Henoch-Schönlein purpura nephritis*. Int J Dermatol; 42 (3): 170-177. 2003
5. GARDNER-Medwin JM y col. *Incidence of Henoch-Schönlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins*. Lancet; 360 (9341): 1197-1202. 2002
6. GEDALIA A. *Henoch-Schönlein purpura*. Curr Rheumatol Rep 6 (3):195-202. 2004;
7. GEDALIA A. *Henoch-Schönlein purpura*. Curr Rheumatol Rep 8 (3):195-202. 2004
8. GEDALIA A. *Henoch-Schönlein purpura*. Curr Rheumatol Rep; 6 (3):195-202. 2004
9. GOLDSTEIN AR, White RH, Akuse R y Chantler C. *Long-term follow-up of childhood Henoch-Schönlein nephritis*. Lancet; 339 (8788): 280–282. 1992

10. MARTINO F, Agolini D, Tsalikova E y col. *Nailfold capillaroscopy in Henoch-Schönlein purpura: a follow-up study of 31 cases*. J Pediatr; 141: 145. 2002
11. MASUDA M, Nakanishi K, Yoshizawa N, Iijima K y Yoshikawa N. *Group A streptococcal antigen in the glomeruli of children with Henoch-Schönlein nephritis*. Am J Kidney Dis; 41: 366–370. 2003
12. MC CARTHY HJ y col. *Diagnosis and Managment of Henoch-Schönlein purpura*. Eur J Pediatr; 169: 643-650. 2009
13. MC CARTHY HJ y Tizard EJ. Clinical practice: *Diagnosis and management of Henoch-Schönlein purpura*. Eur J Pediatr 169: 643-650. 2009
14. MILLS JA, Michel BA, Bloch DA y col. *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura*. Arthritis Rheumatol; 33 (8): 1114-1121. 1990
15. NARCHI H. *Risk of long-term renal impairment and duration of follow up recommended for Henoch-Schönlein purpura with normal or minimal urinary findings: a systematic review*. Arch Dis Child; 90 (9): 916-920. 2005
16. RONKAINEN J, Koskimies O, Ala-Houhala M y col. *Early prednisone therapy in Henoch-Schönlein purpura: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. J Pediatr; 149 (2): 241-244. 2006
17. RONKAINEN J, Nutinen M y Koskimies O. *The adult kidney 24 years after childhood Henoch-Schönlein purpura: a retrospective cohort study*. Lancet; 360 (9334): 666–670. 2002
18. SAULSBURY FT. *Clinical update: Henoch-Schönlein purpura* Lancet; 369 (9566): 976-978. 2007



19. SAULSBURY FT. *Epidemiology of Henoch Schönlein purpura*. Cleve Clin J Med; 69 (2): S II87-SII90. 2002
20. SAULSBURY FT. Henoch-Schönlein purpura. Curr Opin Rheumatol; 13 (1): 35-40. 2001
21. SCHWAB J, Benya E, Lin R y Majd K. *Contrast enema in children with Henoch-Schönlein purpura*. J Pediatr Surg; 40 (8): 1221-1223. 2005
22. SHIH-PIN Hung y col. *Pediatric Neonatology, Clinical Manifestations and Outcomes of Henoch-Schönlein Purpura: Comparison between Adults and Children*. Correspondiente al: Department of Pediatrics. National Taiwan University Hospital. Taipei - Taiwan y al: Department of Pediatrics. Cathay General Hospital. Taipei - Taiwan.
23. SHIN JI, Park JM, Shin YH, Hwang DH, Kim JH y Lee JS. *Predictive factors for nephritis, relapse, and significant proteinuria in childhood Henoch-Schönlein purpura*. Scand J Rheumatol; 35 (1): 56-66. 2006
24. TRAPANI S, Micheli A, Grisolia F y col. *Henoch-Schönlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and a review of the literature*. Semin Arthritis Rheum; 35 (3): 143-153. 2005
25. WEISS PF, Feinstein JA, Luan X, Burnham JM y Feudtner C. *Effects of corticosteroid on Henoch-Schönlein purpura: a systematic review*. Pediatrics; 120 (5):1079-1087. 2007
26. YAO-HSU Yang a, Ya-Hui Chuang b, Li-Chieh Wang a, Hsin-Yi Huang a, M. Eric Gershwin c, Bor-Luen Chiang a. Department of Pediatrics. National Taiwan University Hospital. Autoimmunol Rev; 7 (3): 179-843. 2008

27. ZAFFANELLO M, Brugnara M y Franchini M. *Therapy for children with Henoch-Schönlein purpura nephritis: a systematic*. Sci World J; 7: 20-30. 2007
28. ZAMPETTI A y col. *Longitudinal study of microvascular involvement by nailfold capillaroscopy in children with Henoch-Schönlein purpura*. Clin Rheumatol; 28: 1101-1105. 2009



## ANEXOS

### 1.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

<b>CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>X</b>
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 5 años</li> <li>• 5 – 10 años</li> <li>• 10 – 15 años</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Estación del año	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primavera</li> <li>• Verano</li> <li>• Otoño</li> <li>• Invierno</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección viral o bacteriana previa</li> <li>• Ingesta previa de Fármacos</li> <li>• Colocación previa de vacuna</li> <li>• Antecedente familiar</li> <li>• Otro</li> <li>• Ningún</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>X</b>
Lesiones dérmicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros inferiores</li> <li>• Miembros superiores</li> <li>• Glúteos</li> <li>• Tronco</li> <li>• Otras áreas</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Síntomas / signos articulares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobillos</li> <li>• Rodillas</li> <li>• Muñecas</li> <li>• Codos</li> <li>• Otras articulaciones</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Síntomas / signos Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Náuseas y/o vómitos</li> <li>• Diarreas</li> <li>• Hemorragia digestiva</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Síntomas / signos Renales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematuria</li> <li>• Proteinuria</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



CARACTERISTICAS TERAPEUTICAS		
VARIABLE		X
Tto Convencional		( )
Corticoides		( )

